



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA**  
**NÚCLEO DE SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO SEXUAL NA  
ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**LÍVIA JULIENNE DA SILVA LIMA**

**PORTO VELHO-RO**  
**2014**

# A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

LÍVIA JULIENNE DA SILVA LIMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Área de Concentração Gestão em Saúde, do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito de avaliação para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Lucia Rejane Gomes da Silva.

PORTO VELHO-RO  
2014

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**BIBLIOTECA PROF. ROBERTO DUARTE PIRES**

L7324e

Lima, Livia Julienne da Silva

A estratégia saúde da família e a educação sexual: um estudo em unidade de saúde da família / Livia Julienne da Silva Lima. Porto Velho, Rondônia, 2014.  
90f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) Fundação Universidade Federal de Rondônia / UNIR.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Rejane Gomes da Silva

1. Adolescência 2. Educação sexual 3. Estratégia – saúde da família I. Silva, Lúcia Rejane Gomes da. M. II. Título.

CDU: 614.39

Bibliotecária Responsável: Ozelina Saldanha CRB11/947

Lívia Julienne da Silva Lima

A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A EDUCAÇÃO SEXUAL NA  
ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Área de Concentração Gestão em Saúde, do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia, como requisito de avaliação para obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

Aprovado em: 26/03/2014

---

Professora Doutora Lúcia Rejane Gomes da Silva  
Fundação Universidade Federal de Rondônia

---

Professora Doutora Ana Maria de Lima Souza  
Fundação Universidade Federal de Rondônia

---

Professora Doutora Maria do Carmo dos Santos  
Fundação Universidade Federal de Rondônia

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus familiares e amigos pelo carinho, amizade, por compartilharem comigo desse momento da minha vida e pela compreensão diante das minhas ausências.

Ao meu namorado Luciano, que soube compreender minhas angústias e ansiedades. Obrigada pelo apoio, incentivo e por não me deixar desistir.

Ao meu amigo Enéas que me incentivou a iniciar essa jornada. Sem o seu estímulo isso não seria possível.

À Coordenação da Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela atenção e profissionalismo.

A todos os docentes do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde pelo ensino, pelo aprendizado, pela convivência e por compartilharem seus conhecimentos.

A todos os colegas do mestrado pelo convívio e aprendizado durante esses dois anos.

A todos os profissionais das equipes de saúde da família da USF Ernandes Índio que com sua participação contribuíram para a realização desse estudo.

Agradeço especialmente minha amiga e orientadora, a Dr<sup>a</sup> Lúcia Rejane Gomes da Silva, pela sua imensa capacidade de compreender minhas fragilidades, por acreditar em minha capacidade, por contribuir para o meu crescimento profissional e por ser também um exemplo a ser seguido. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos (pessoais e acadêmicos), orientações, palavras de incentivo, puxões de orelha, paciência e dedicação. Sinto muito orgulho de ter sido sua orientanda.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho.

## RESUMO

O crescente número de adolescentes com gravidez indesejada e DST e outras situações de risco vinculadas a práticas sexuais desprotegidas, acrescido de poucas ou ineficazes ações de promoção à saúde chamam atenção para a necessidade da implementação de ações de educação sexual, a fim de contribuir com o desenvolvimento humano nessa fase. Este estudo busca descrever e analisar como são desenvolvidas as ações de educação sexual na atenção básica, pelas equipes de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família do Município de Porto Velho. Os sujeitos foram 29 profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família e a coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada e observação de campo no período de junho a agosto de 2013. Os resultados evidenciam que as equipes de saúde da família são sensíveis quanto à importância de um trabalho de educação sexual junto aos adolescentes e também à família, no entanto não possuem preparo adequado para desempenhar essa abordagem com qualidade. Desenvolvem atendimentos individuais, atividades coletivas e palestras educativas em grupos com adolescentes abordando temas relacionados à gravidez na adolescência com ênfase nos métodos anticoncepcionais e também DST/Aids com estímulo ao uso do preservativo. Os agentes comunitários de saúde através do vínculo e da confiança estabelecidos em seu cotidiano com os adolescentes, seja nas visitas domiciliares ou na comunidade, representam importante elo para a identificação, acolhimento e encaminhamento desta população aos serviços oferecidos pelas equipes, além de serem potenciais educadores para a sexualidade. Todos os profissionais que compõem as equipes necessitam de qualificação e desconhecem as ações e as atribuições preconizadas para a elaboração, condução e avaliação de ações destinadas à prevenção de agravos, promoção e assistência à saúde de adolescentes.

**Palavras Chaves:** Adolescência, Educação Sexual, Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The growing number of teens with STDs, unwanted pregnancy and other situations of risk linked to unprotected sexual practices, plus little or ineffective actions to promote health, call attention to the need to implement sex education actions in order to contribute human development at this stage. This study aims to describe and analyze how the sex education actions are developed in primary care by family health teams. This is a descriptive study with and qualitative approach, performed in a unit of Family Health in the city of Porto Velho. The subjects were 29 professionals working in the family health strategy and data collection occurred through semi-structured interviews and field observations in the period June to August 2013. The results show that family health teams are sensitive on the importance of a work of Sexual Education with adolescents and also the family however they have no adequate training to perform this approach with quality. They develop individual sessions, group activities and educational lectures in groups with adolescents addressing issues related to teen pregnancy with emphasis on contraceptive methods and also STD/AIDS to encourage the use of condoms. The community health workers through commitment and trust established in her daily life with teenagers, either during home visits or community, represent an important link for the identification, reception and forwarding of this population to the services offered by the teams, and are potential educators for sexuality. All the professionals who are part of the teams require more qualification and they ignore their responsibilities for the preparation, conduct and evaluation of actions aimed at disease prevention, promotion and healthcare for adolescents.

**Keywords:** Adolescence, Sex Education, Family Health Strategy.

"Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade, tampouco sem ela a sociedade muda."

Paulo Freire



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica  
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
COFEM – Conselho Federal de Enfermagem  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
DIU – Dispositivo Intrauterino  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPV – Vírus do Papiloma Humano  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais  
PROSAD – Programa Saúde do Adolescente  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
THD – Técnico em Higiene Dental  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Justificativa.....	4
1.2	Objetivos.....	6
2	O ADOLESCENTE, A EDUCAÇÃO SEXUAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	7
2.1	O Adolescente e a Sexualidade.....	7
2.2	Educação Sexual.....	10
2.3	A Estratégia Saúde da Família e a Educação Sexual.....	15
2.4	A Atenção Integral à Saúde do Adolescente.....	17
3	O LOCUS DA PESQUISA E O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO.....	22
4	ANALISANDO E REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESF .....	28
4.1	A Educação Sexual como Objeto de Trabalho na Atenção à Saúde do Adolescente.....	29
4.1.1	A expressão de gênero como determinante para a abordagem do tema.....	31
4.1.2	Garantia da confidencialidade e sigilo para a boa relação profissional com o adolescente.....	33
4.1.3	Inserção de pais ou responsáveis na abordagem do tema.....	36
4.1.4	A sexualidade na adolescência tratada sem preconceitos e julgamentos.....	39
4.2	Ações de Educação Sexual para o Público Adolescente.....	41
4.2.1	Orientações durante as consultas de enfermagem e médicas.....	41
4.2.2	A educação sexual na prática do agente comunitário de saúde.....	44
4.2.3	Atividades educativas em grupo com adolescentes.....	47
4.3	Conteúdos Abordados nas Ações de Educação Sexual.....	53
4.3.1	Prevenção de DST/Aids com ênfase no uso dos preservativos masculino e feminino.....	54
4.3.2	Gravidez na adolescência com ênfase nos métodos contraceptivos.....	57
4.4	Inexistência do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na USF.....	59
4.4.1	Dificuldades e facilidades dos profissionais na abordagem da sexualidade com adolescentes.....	59
4.4.2	Desconhecimento das ações que integram a atenção integral à saúde do adolescente.....	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	74
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista.....	75
	APÊNDICE B - Roteiro de Observação.....	76
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
	ANEXOS.....	78
	ANEXO A - Termo de Autorização do Gestor .....	79
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado.....	80

## 1. INTRODUÇÃO

A educação sexual procura esclarecer às dúvidas em relação ao sexo de uma forma que foge do convencionalismo tradicional, liberto de preconceito, sem a imposição de valores culturais e pessoais, mitos e tabus. Entretanto, falar sobre sexo foi e continua sendo motivo de grande constrangimento para a maioria das pessoas seja na família, nas instituições de ensino, na comunidade ou no setor saúde. A abordagem desse tema tem relevância social ao preparar o indivíduo quanto à responsabilidade individual de cada um sobre seu corpo, para lidar com a sexualidade de forma saudável e segura, orientado quanto aos cuidados e questões preventivas necessárias como o uso de preservativos, doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez não programada, métodos contraceptivos, situações de violência e também na busca do prazer.

Para Ribeiro (1990, p. 5), “a necessidade da educação sexual surge em função da repressão estabelecida pela cultura e pela sociedade”. A censura velada acerca da sexualidade faz com que as discussões e informações sobre o tema se tornem essenciais na educação para a saúde. Considerando que o adolescente é um ser em processo maturacional biológico, cognitivo e psicológico e que a vida sexual ativa se inicia na maioria dos casos durante a adolescência, é importante oferecer meios que possam contribuir para que o mesmo tenha responsabilidade sobre seu corpo para que possa desfrutar de sua sexualidade de forma segura, prazerosa e sem maiores riscos.

Uma grande parte dos adolescentes são pouco informados ou mal informados a respeito da sexualidade e em um contexto sociocultural desfavorecido esse direito lhes é roubado ao serem privados de informações. Os adolescentes, assim como os outros grupos etários, também apresentam dificuldades para negociar o sexo seguro e negligenciam o direito de se negar a praticá-lo. Tal comportamento se justifica por ser esse um período fantasioso, repleto de emoções e sentimentos no qual o sexo pode ser tratado como uma moeda de troca ou um artifício para atrair o parceiro e também pelo desconhecimento da autonomia sobre o próprio corpo. Além disso, negar ao adolescente o direito à informação não colabora para o exercício do sexo seguro e aumenta o risco de DST e Aids, gravidez indesejada, aborto, além de violência e exploração sexual (PIROTTA *et al.*, 2007).

Com o objetivo de garantir uma política de promoção da saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação, segundo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (1996), criou

o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) através da Portaria nº 980/GM de 21 de dezembro de 1989, que posteriormente veio a ser denominado Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Esse programa é dirigido a todos os adolescentes entre 10 e 19 anos de idade e se caracteriza pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo no que diz respeito à sua formulação escrita, publicada em manuais programáticos. Entre as suas ações prioritárias estão contempladas ações de saúde reprodutiva e sexualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Apesar dos riscos sociais e à saúde física e mental enfrentados pelos adolescentes, relacionados principalmente à falta de orientação apropriada na área de educação sexual, ainda não está claro de quem é essa responsabilidade. A quem compete o papel de educar nesse momento? Tudo leva a crer que são corresponsáveis formando uma tríade: a escola, a família e os profissionais de saúde. Não obstante, apesar das discussões a respeito, a escola pouco participa e este fato também está relacionado a falhas no processo de formação dos professores (SILVA, 2011).

Algumas famílias se sentem pouco a vontade e até envergonhadas para tratar de assuntos relacionados à sexualidade, e algumas ainda possuem conceitos equivocados, que pouco contribuem para evitar o início da vida sexual de forma despreparada (COSTA *et al.*, 2001). Por sua vez os profissionais de saúde, pelos conhecimentos adquiridos em sua formação, acabam absorvendo a responsabilidade na orientação dos adolescentes quanto aos temas pertinentes à educação sexual, muitas das vezes no atendimento após a exposição ao risco, quer seja na gravidez, nas violências e DST, momento no qual os aspectos preventivos já foram negligenciados. Acredito que a educação sexual deve começar precocemente, ser trabalhada de forma contínua, respeitando as etapas do desenvolvimento e formação da criança e do adolescente, a princípio realizada pela família, pais e responsáveis, fortalecida na escola e posteriormente receber o apoio dos profissionais de saúde.

O período da adolescência representa uma fase evolutiva do ser humano repleto de transformações e novas experiências que caracterizam a passagem da infância para a vida adulta, e não pode ser compreendido e rotulado erroneamente como uma fase de problemas, crises e irresponsabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Muitas vezes essa fase é taxada com o termo pejorativo de “aborrescência” e o adolescente tratado como um ser incapaz de absorver aprendizados positivos, assumir responsabilidades e comportamentos seguros diante de sua vida social, afetiva e sexual.

Por suas competências e habilidades, as equipes de saúde devem ser incorporadas nesse processo e os profissionais de saúde devem descobrir formas de atrair os adolescentes,

pois muitas vezes os pais e os professores são os mais necessitados, possuidores de informações distorcidas, repressoras e com dificuldades para lidar com sua própria sexualidade (MOREIRA & FOLMER, 2011; TOMITA & FERRARI, 2007). Tal situação leva o adolescente a buscar informações pouco seguras na internet e outras mídias, o que pode ser um risco já que muitos desses meios de comunicação podem oferecer informações distorcidas e pouco confiáveis, além de recorrer a amigos que estão no mesmo momento e igualmente carentes de informação, e a pessoas talvez sem compromissos com os mesmos e pouco capazes de orientar adequadamente.

A formação e a experiência do profissional de saúde com a anatomia, a fisiologia, a patologia, a sociologia e a psicologia lhes permite maior possibilidades para lidar com a mente e o corpo, com seu funcionamento e suas reações. Ser enfermeira e estar inserida há mais de dez anos na atenção básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), me ajuda a identificar questões relevantes na organização do processo de trabalho na busca pelo melhoramento da atenção à saúde do adolescente, por conhecer esta população e as consequências geradas pela falta de atenção a este grupo.

Nas áreas em que são assistidas pela ESF em Porto Velho, capital do estado de Rondônia, pode-se perceber e identificar adolescentes em situações de risco, tais como gestantes, jovens convivendo maritalmente, fora da escola, portadores de DST e em situações de conflito intradomiciliar e com a lei. São jovens carentes de informação, que buscam nos profissionais de saúde segurança para esclarecer suas dúvidas através de informações práticas, resolutivas, e com menor potencial para repreensão, imposições e julgamentos.

O vínculo com o profissional de saúde pode se estabelecer no momento em que esses adolescentes procuram a unidade de saúde em busca de atendimento, em decorrência de algo que pode ser considerado um problema, ou seja, quando se deparam com acontecimentos que poderiam ter sido evitados se ações de educação sexual fossem implementadas e desenvolvidas com qualidade, de forma a contemplar as suas reais necessidades. A organização do processo de trabalho para atuar na educação sexual exige conhecimentos específicos sobre sexualidade, prevenção, vulnerabilidade e respeito aos direitos, além disso, são necessários que os métodos adotados sejam adequados para tratar do assunto com os diversos grupos de adolescentes de acordo com suas peculiaridades.

As equipes de saúde da família com preparo técnico e servindo-se de sua relação de aproximação e conhecimento das condições sociais, econômicas e culturais das famílias adscritas podem ter a capacidade de desenvolver estratégias articuladas de educação sexual que possam contribuir, de forma efetiva e resolutiva, com essa população. Não podemos

esquecer que essas ações se estendem às famílias, as quais devem ser o berço da educação sexual do adolescente, e nas escolas, em conjunto com professores e também contribuindo no seu preparo e atualização para lidar com o tema. Mas é preciso melhor compreender como se dão essas ações no cotidiano do seu trabalho.

Dessa forma, a questão que esta investigação pretende responder é: como são desenvolvidas as ações de educação sexual na atenção básica, pelas equipes de saúde da família em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Porto Velho, Rondônia?

## **1.1 Justificativa**

O interesse em estudar esse assunto reside no fato de que, ao longo de uma experiência de mais de dez anos como enfermeira da ESF, pude observar a fragilidade do gerenciamento do Programa Saúde do Adolescente na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho e a deficiente organização do processo de trabalho voltado para a educação sexual deste grupo nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho. A escolha da unidade de saúde se deu pelo fato desta investigadora estar vinculada à mesma, o que facilita o acesso às equipes que nela atuam, por conhecer bem a realidade do território de abrangência e ser sabedora da baixa resolutividade das ações e abordagens efetivas desenvolvidas pelas equipes de saúde para a população adolescente. Assim, a pesquisa poderá contribuir com a mudança dessa realidade, fomentando nos profissionais o desejo da ação nessa área.

A experiência profissional nessa unidade de saúde e o acompanhamento das famílias que lá são atendidas me permitiu perceber o quanto pais e responsáveis não estão preparados para a orientação dos filhos no que diz respeito à sexualidade. O despreparo destes jovens para o início da vida sexual segura e saudável se reflete no crescente índice de adolescentes com gravidez indesejada por desconhecimento do próprio corpo, por não conhecer ou não saber usar métodos contraceptivos e os preservativos masculinos e femininos, pela falta de acesso aos mesmos.

Há ainda as dificuldades enfrentadas por esse grupo em buscar atendimento e orientações para assuntos que envolvem a sexualidade, por timidez, vergonha ou falta de conhecimento e também pela ilusão de que isso não acontecerá com eles. Muitas vezes as jovens são netas, filhas e irmãs de mulheres que também engravidaram na adolescência. Esse comportamento se repete em grande parte das famílias e é tratado com naturalidade, ou seja, como algo determinado apenas pela natureza, por isso a importância de um processo de desnaturalização que historicize este processo.

No Brasil, de acordo com dados censitários de 2010, a estimativa da população de 10 a 19 anos estava em torno de 17,9% da população nacional. Esse percentual é ligeiramente inferior à população de adolescentes residente no estado de Rondônia, com 19,9%, e na capital, Porto Velho, o percentual de adolescentes nessa faixa etária corresponde a 19,4% do total de habitantes (IBGE, 2010). De acordo com o Ministério da Saúde (2013), em Rondônia o número de adolescentes de 10 a 19 anos cadastrados na ESF é 149.910, sendo 74.681 do sexo feminino e 75.229 do sexo masculino. Em Porto Velho esse índice é de 58.328 adolescentes, destes, 50,6% são do sexo feminino. As gestações em menores de 20 anos acompanhadas pelas equipes de saúde da família em Porto Velho correspondem a 15,5% do total de grávidas. Vale salientar que esse número não retrata a nossa efetiva realidade, visto que a cobertura da ESF na capital é de apenas 59,9% (PORTO VELHO, 2012).

Esse percentual expressivo de gestações de adolescente em Porto Velho demonstra que algum trabalho visando reduzir esses índices precisa ser desenvolvido. Não se tratam apenas de adolescentes grávidas, atrelada a essas situações têm as complicações relacionadas à gravidez nesse período, a evasão escolar devido à gestação, a baixa escolaridade pela dificuldade em retornar à escola após o parto, a interrupção do processo maturacional evolutivo próprio da adolescência, meninas criando seus filhos sem um companheiro, e tantos outros entraves biopsicossociais que uma gravidez não planejada nessa fase pode ocasionar (ALTMANN, 2007).

Sabemos que o acesso do adolescente às unidades de saúde deve ser facilitado e expandido, a fim de garantir o atendimento de suas necessidades de saúde, incluindo consultas, o fornecimento de preservativos masculinos e femininos para a prevenção das DST/Aids e ações de educação em saúde, a fim de garantir o exercício da sexualidade de forma segura e com responsabilidade. Por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde estejam familiarizados com as peculiaridades dessa fase e preparados para prestar atendimento a este grupo. Neste momento, a escuta é fundamental. Saber ouvir o adolescente, respeitando suas realidades, vivências, experiências, a multiplicidade de ideias, livre de julgamentos e atitudes preconceituosas é essencial para não prejudicar e comprometer a comunicação e a formação de vínculo. O laço que se fortalece na confiança estabelecida entre esses pares é o alicerce para a realização de um trabalho educativo de prevenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

A prevenção da doença e a promoção da saúde do adolescente vão além das competências da área de saúde, pois compreendem a integração das ações desenvolvidas por diferentes setores e pela comunidade, criando uma cultura de promoção à saúde entre os

adolescentes e suas famílias (PAIVA, 2006). Mas, considerando as unidades de saúde e os seus profissionais como elementos importantes na atenção à saúde do adolescente, principalmente no trato das questões da sexualidade, é fundamental que os temas relacionados à educação sexual compoñham os seus currículos de formação e educação permanente, visando prepará-los para o atendimento desse público e também para avançar na integralidade das ações durante a prática profissional.

Pensando nas famílias e nos adolescentes que são assistidos pela ESF na capital Porto Velho e considerando os aspectos gerais dessa fase com todas as problemáticas e peculiaridades, além das diversas situações de risco a que estão expostos pela falta de orientação adequada, pretendo estudar esse assunto para melhor conhecer o problema e poder elaborar propostas de atuação e de intervenção no serviço que possam favorecer o relacionamento entre adolescente e profissional e o adolescente e a equipe de saúde da família. Desta forma, a relação poderá ser mais clara e consistente, trazendo o jovem para a unidade de saúde, resultando em trabalho resolutivo e concreto que possa contribuir para a melhoria das ações voltadas para a atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral:**

Analisar os conteúdos empregados, as condições e a qualidade da abordagem da educação sexual realizada pelos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da USF Ernandes Índio, de Porto Velho, Rondônia.

### **1.2.2 Objetivos Específicos:**

1.2.2.1 Identificar como é realizada a abordagem do tema educação sexual no atendimento ao adolescente na USF Ernandes Índio;

1.2.2.2 Descrever as ações voltadas para a educação sexual do adolescente que são desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam na USF Ernandes Índio;

1.2.2.3 Apontar as possíveis dificuldades e facilidades dos profissionais de saúde no acolhimento do adolescente ao tratar de questões relacionadas à educação sexual nesta USF.



## 2. O ADOLESCENTE, A EDUCAÇÃO SEXUAL E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### 2.1 O adolescente e a sexualidade

A adolescência é considerada uma etapa de passagem da infância para a vida adulta, e é descrita por alguns pesquisadores como um período de crises, conflitos, dúvidas e inquietações, e um período de descobertas das questões relacionadas à sexualidade (MOREIRA & FOLMER, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2008.; PAIVA, 2006; CUNHA & PANÚNCIO-PINTO, 2005). De acordo com esses autores, adolecer não é sinônimo de amadurecimento súbito. Espera-se que o adolescente - enquanto sua voz muda, seu corpo modela e seus pelos crescem - esteja em equilíbrio diante dessas situações que são extremamente conflituosas no que diz respeito a sua adaptação a esse momento. O despertar para a sexualidade emerge enquanto seu corpo se transforma. Neste momento o adolescente começa a perceber o outro com um olhar diferenciado. O corpo está madurando fisiologicamente, no entanto emocionalmente está envolvido em uma estreita linha de transição entre o crescer e o permanecer.

Os adolescentes são vistos como seres em processo de transição, inseguros e ainda dependentes e carentes de informações e conhecimentos. O aprendizado progride à medida que novas experiências e descobertas surgem. As peculiaridades que envolvem essa fase de mudança biopsicossocial na vida do adolescente refletem também na família e podem se agravar dependendo do contexto socioeconômico no qual estão inseridos, pois sabemos que populações pobres se encontram em situação de vulnerabilidade social.

Para Cunha e Panúncio-Pinto (2005), durante essa transição o adolescente está sujeito a conflitos e pressões, é visto pela sociedade como um ser provocador, brigão e irresponsável, no entanto encontra-se confuso e inseguro quanto a sua identidade, pois já não é mais criança e também não é adulto. O estresse em lidar com esses eventos pode sobrecarregar o adolescente e prejudicar ainda mais as suas relações sociais.

É durante a adolescência que o indivíduo elabora sua identidade pessoal e sexual, cria independência familiar, desenvolve valores éticos e morais próprios e também escolhe a profissão e o ofício para o seu futuro. Geralmente é um período marcado por crises caracterizadas por perdas e ganhos que vêm contribuir para o autoconhecimento e amadurecimento individual (PAIVA, 2006, p. 85).

A sexualidade vai muito além do sexo. Segundo Gherpelli (1996, p. 62), a sexualidade está fundamentada em três pilares: “o potencial biológico, o processo de socialização e a capacidade psicoemocional”, ou seja, os aspectos biopsicossociais. Este conceito é reforçado por Oliveira *et al.* (2008, p. 307), em seu estudo quando considera a sexualidade como

(...) a energia da vida. É uma forma de comunicação entre seres humanos, não se limitando apenas à possibilidade de obtenção de prazer genital, estando presente desde o nascimento até a velhice. Desta forma, sua vivência engloba aspectos afetivos, eróticos e amorosos, relacionados à construção da identidade, à história de vida e a valores culturais, morais, sociais e religiosos de cada um.

O ato sexual representa apenas uma das formas de exercer a sexualidade. Faz parte do desenvolvimento das pessoas e agrega além da prática sexual, as questões de gênero, orientação sexual, prazer, amor, erotismo e a reprodução. É declarada através de comportamentos, atitudes, costumes, crenças, papéis e valores que vão se construindo desde a infância, recebe influência de preceitos religiosos, éticos e científicos e tem representação histórica e cultural em nossas vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

No início da adolescência a sexualidade se expressa pelo auto-erotismo descoberto através do próprio toque, da exploração do seu corpo, do corpo do outro, sem compromisso, movidos inicialmente apenas pela curiosidade. Podem experimentar o prazer com pessoas do mesmo sexo sem que isso o tendencie à homossexualidade, até chegar o momento de conhecer e apreciar o envolvimento emocional e afetivo, no qual prevalece o cuidado com o parceiro, a estabilidade e o equilíbrio na relação (HERCOWITZ, 2006).

O adolescente enfrenta todo o rito de passagem, momento transformador que permeia esse período em ebulição, gerador de conflitos de novas descobertas e se depara com os elementos primordiais da sexualidade e também do seu desenvolvimento, precisando de equilíbrio e saber como lidar com isso. Estas mudanças podem estar ligadas ao desejo de mostrar-se independente e de não saber lidar com as novas experiências. Atrelado a isso podem estar as preocupações e os medos, a moralidade e os preconceitos transmitidos durante a sua criação (TOMITA & FERRARI, 2007).

De uma maneira geral, tratar de sexualidade não é tarefa simples, isso justamente por envolver conceitos, preconceitos, tabus, questões de religião e valores pessoais. Quando falamos em sexualidade na adolescência a dificuldade torna-se ainda maior, visto que as mudanças biológicas e comportamentais que ocorrem nesse período podem ser consideradas também como um potencial para vulnerabilidade e exposições a riscos. A abordagem com

esse foco não é adequada à medida que elementos fundamentais como prazer e afetividade forem desconsiderados (REATO, 2006).

Comportamentos como o “ficar”, sem compromisso, representa um exercício do seu papel erótico e a masturbação reflete o momento de exploração e descoberta do próprio corpo, que o leva a desvendar por meio da auto estimulação o prazer (OLIVEIRA *et al.*, 2008). A primeira relação sexual do adolescente representa um momento especial em sua vida e se destaca entre todas as suas novas experiências, sejam elas emocionais ou físicas, e a idade de 17 anos ou mais aumenta as chances de início das atividades sexuais, e entre os jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos o vínculo do namoro contribui significativamente para essa iniciação em ambos os sexos (BORGES *et al.*, 2007).

A idade média para o início das relações sexuais em adolescentes do sexo feminino moradoras de comunidades pobres do Rio de Janeiro, em 2011, foi de 14,4 anos (TAQUETTE, 2011, p. 22). Essa mesma autora revelou que a incidência de DST em jovens sexualmente ativas que foram submetidas a exame ginecológico foi de 24,4%, prevalecendo a doença inflamatória pélvica (DIP) em 11,1% das examinadas, seguida do HPV (5,5%), a sífilis com 4,4%, e a tricomoníase, com taxa de 3,3%, entre as jovens avaliadas.

Segundo Taquette *et al.* (2011, p. 468), desde 1996 a incidência de HIV/Aids entre as adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 13 a 19 anos aumentou de forma progressiva, superando o número de casos nessa faixa etária do sexo masculino. Entre os adolescentes a proporção atual é de 1,4 mulheres para um homem infectado. Esse perfil reflete o processo de feminilização da Aids nos últimos anos e a vulnerabilidade a que estas jovens estão expostas.

As adolescentes são responsáveis por elevadas e crescentes taxas de natalidade, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, que na maioria das vezes estão inseridas em frágeis estruturas para a criação dos seus filhos (ALTMANN, 2007). Em seu estudo, Taquette (2011, p. 22) verificou que 27% das adolescentes com vida sexual ativa já tinham engravidado e, destas, 40,7% sofreram aborto, na maioria dos casos, espontâneo, 7,8% relataram antecedente pessoal de DST e 5,3% do total já tinham sido abusadas sexualmente.

A existência de DST/Aids e o crescente número de gestações indesejadas entre os jovens fortalecem a ideia de que a falta de informação, a censura, a coação, o silêncio e tantos outros sentimentos proibitivos restringem a liberdade de expressão e de escolhas positivas para o exercício de sua vida sexual e reprodutiva. Essa etapa, que deveria ser prazerosa e saudável, pode vir a ser complicada tanto para os pais e profissionais que com eles trabalham, como para si mesmo (GHERPELLI, 1996).

Com esses resultados, fica explícita a necessidade de que a discussão sobre sexualidade com os adolescentes comece o mais precocemente possível, com o objetivo de preparar a iniciação sexual e prevenir os eventuais problemas a ela relacionados. No entanto, a maioria dos jovens não encontra oportunidades para fazer emergir este diálogo com a família, na escola e tampouco nas unidades de saúde. As “trocas de experiências” e informações acontecem majoritariamente com amigos e nem sempre são seguras. Segundo Tomita e Ferrari (2007) a sexualidade velada gera uma gama de incertezas, medos e superstições que podem induzir e influenciar de maneira negativa o comportamento e os costumes dos adolescentes.

## **2.2 Educação Sexual**

Atualmente trata-se o início da vida sexual durante o período da adolescência como precoce. Se fizermos uma retrospectiva e analisarmos o comportamento da sociedade há algumas décadas, verificaremos que as mulheres se casavam muito jovens e se tornavam mães ainda adolescentes, com permissão da família e da sociedade. Para Altmman (2007), essas mudanças conceituais de valores refletem um processo de transformação e evolução social e principalmente cultural.

Práticas sexuais “responsáveis, seguras” e que não comprometam o projeto de vida e realizações pessoais do adolescente são consideradas ideais. A sociedade traça metas para a vida do ser humano ao esperar que ele nasça, cresça, produza e só então procrie. Ao interromper esse processo, o adolescente quebra esse seguimento previamente planejado de sua vivência e passa a ser um elemento suscetível que requer acompanhamento e atenção.

A educação sexual pode contribuir para que os adolescentes tenham uma perspectiva positiva da sexualidade, ao definirem seus próprios conceitos a partir de um pensamento crítico; a entender seu comportamento e o do outro, e a tomarem decisões responsáveis a respeito de sua vida sexual (MIRANDA *et al.*, 2009). De acordo com essas autoras o trabalho de educação sexual prepara os jovens, influencia positivamente e exerce caráter fundamental na prevenção de problemas como a gravidez indesejada, a DST, a violência sexual, pois as informações transmitidas tem a capacidade de sensibilizá-los quanto aos cuidados que precisam ter. Portanto, torna-se fundamental a busca de parceria entre os profissionais da educação e da saúde, sobretudo os da ESF, fortalecendo assim a intersetorialidade das suas ações.

A educação sexual é amplamente debatida na televisão, nas revistas, nos jornais e nos demais meios de comunicação, e mesmo com essa divulgação maciça e a iniciação desse diálogo nas escolas e por parte de algumas famílias, o tabu em relação à sexualidade ainda se faz muito presente. Neste sentido, discussões sobre o tema e a sensibilização precoce estimulam a adoção de práticas seguras além de contribuir para desmistificar o preconceito. Uma das questões de maior destaque nesses debates é a gravidez na adolescência e suas consequências (MIRANDA *et al.*, 2009).

Considera-se que a sexualidade do adolescente deve ser tratada como uma problemática política e social na qual a escola deve estar inserida (ALTMANN, 2007). A escola tem fundamental importância no desenvolvimento das ações de educação sexual para os adolescentes. É nesse meio que ele passa boa parte do seu tempo, envolvido com suas descobertas e com as experiências de outros adolescentes, que são igualmente carentes de conhecimentos e informações capazes de conduzi-los a práticas sexuais inseguras. O acesso à informação se destaca como elemento básico para a mudança desse perfil, e nesse contexto a escola se destaca por ser um ambiente de construção de conhecimento. No entanto o que se enxerga é a escola omissa devido ao seu alegado despreparo em lidar com essas questões.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, incluiu nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) a orientação sexual como um tema transversal (BRASIL, 1996), justificada por questões demográficas e epidêmicas entre os jovens, tais como: aumento do número de casos de gestantes e a infecção pelo HIV e outras doenças de transmissão sexual (ALTMANN, 2007). Embora a recomendação dos PCN para que esse tema fosse laborado transversalmente nas escolas, o que se observou, passados quase 20 anos da sua instituição, foram dificuldades e resistências, representando uma proposta de difícil implementação, utópica e bem distante da realidade da maioria das escolas (MOREIRA & FOLMER, 2011).

As propostas formais de educação sexual na escola ou os programas aprovados até o momento, iniciados na década de 1990, não atingiram o maior objetivo, que é o de participar das transformações socioculturais ligadas à questão sexual, nem acontecem em um ambiente descontraído, onde o adolescente possa colocar suas dúvidas, temores, dificuldades específicas, suscitar a consciência das responsabilidades que suas opções trarão em sua vida e desenvolver o respeito por si mesmo e pelo outro (RIBEIRO, 1990). Para combater os atuais vilões da vida sexual do jovem, como a gravidez, as DST e suas consequências, a fim de promover o desenvolvimento pessoal e social, é fundamental que o educador conheça o inimigo, como atuam e quais os recursos disponíveis para o seu enfrentamento, considerando

cada adolescente, bem como suas escolhas individualmente, de forma a estimulá-lo a usufruir de sua sexualidade, e em especial do ato sexual, sensibilizado quanto à prevenção das DST/Aids e a gravidez. A aprendizagem na área acontece a partir do raciocínio crítico, através do método empregado com vistas à promoção e prevenção, de acordo com sua conjuntura social e cultural, com o intuito de instigar a iniciativa e a criatividade para o autocuidado (GHERPELLI, 1996).

O professor pode exercer um importante papel na sexualidade do adolescente, orientando-o no seu cotidiano. Porém, para educar é preciso que o educador tenha conhecimento adequado para tal tarefa. Para Silva (2011), a preparação do professor depende da inclusão de conteúdos como sexualidade e orientação sexual no seu currículo de formação, e dificilmente ele estará apto para fazer esta abordagem na sala de aula se não tiverem sido trabalhados esses conteúdos durante sua formação inicial, na graduação. Para essa autora, a facilidade e “naturalidade” para lidar com esse tema advêm da intimidade, conhecimento e criatividade e dos métodos empregados para o alcance dos resultados desejados. Ser conhecedor das particularidades que envolvem a fase da adolescência em todas as suas etapas do desenvolvimento e dos variados aspectos da sexualidade humana é primordial para o profissional que vai desenvolver ações de educação sexual com esse grupo.

Para Moreira e Folmer (2011), nesse momento de mudanças e descobertas que se constitui a adolescência é fundamental a presença de um adulto referência para que se inicie esse trabalho educativo tendo em vista o gozo da sexualidade saudável, e esse papel pode ser representado pelos pais, professores e/ou profissionais de saúde. Na prática observamos que, assim como os pais, pelas dificuldades em lidar com a sua sexualidade, e os professores, por não terem formação direcionada para tal, os profissionais de saúde também enfrentam impedimentos na abordagem desse tema no seu dia-dia com os adolescentes. E a que isso se deve?

Oliveira e Lyra (2010) destacam que alguns profissionais e agentes de saúde que realizam ações educativas com adolescentes têm pontos de vistas distorcidos e preconceituosos, rotulando os jovens como imaturos, irresponsáveis, incapazes de tomar decisões conscientes, sem autonomia sobre seus direitos e desejos nas questões relacionadas à sexualidade e à reprodução. Referem também que o vínculo entre o adolescente e o serviço é prejudicado quando o exercício da sexualidade é julgado de maneira negativa por interferência e influência de facetas morais e religiosas destes profissionais. Em seu estudo pontuam três ordens de desafios na atenção à saúde do adolescente:

a) quanto à oferta sistemática e organizada de ações e serviços voltados aos adolescentes; b) quanto à capacitação e sensibilização da equipe de saúde para o trabalho com adolescentes, desde uma perspectiva que os considere sujeitos de direitos – especialmente na esfera da sexualidade e da reprodução e, igualmente, considere as especificidades de gênero; e c) quanto à matriz moral/religiosa que direciona o comportamento de muitos profissionais e agentes de saúde, em expressa desatenção aos princípios, diretrizes e normas consagradas na Constituição Federal e nos demais documentos norteadores da política de atenção à saúde do adolescente (OLIVEIRA & LYRA, 2010, p. 69).

Consideramos que os obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde para uma atuação de qualidade nesse campo, bem como a implementação de programas e ações efetivas que contemplem as demandas específicas dessa população, vão muito além desses aspectos. É condição preponderante a inserção destes temas desde a formação dos profissionais que compõem as equipes de saúde, e que lhes sejam garantidas capacitações e educação continuada em serviço, e também que haja a captação de profissionais habilitados, comprometidos e sensibilizados para o trabalho com adolescente.

Nem mesmo os profissionais com formação acadêmica na área da saúde, muitas vezes, são competentes para este tipo de atuação. É comum a presença de profissionais nas equipes que enxergam os adolescentes como seres sem autonomia, carecidos de tutela e ainda imaturos para exercerem integralmente seus direitos. Segundo Costa *et al.* (2001), profissionais sem preparo técnico específico nessa área findam difundindo valores e vivências pessoais, desconsiderando critérios éticos e científicos indispensáveis na orientação do adolescente. Figueiró (2009, p. ix) considera que,

(...) tendo em vista que as Universidades não têm tratado deste conteúdo em seus cursos de graduação, tanto no que diz respeito às várias Licenciaturas, quanto no que diz respeito aos cursos ligados às áreas da Saúde e das Ciências Humanas e Sociais, cabe ao profissional consciente recuperar essa lacuna durante sua formação continuada. Contudo, ao envolver-se nos estudos a respeito da sexualidade, o educador, antes mesmo do aprendizado de estratégias de ensino, necessita realizar leituras e reflexões e de participar de debates em torno da temática, para dar início ao processo de repensar seus valores, tabus e preconceitos. Isto significa que ele precisa envolver-se, de maneira pró-ativa, em seu processo pessoal de reeducação sexual.

Para lidar com as complexidades do período da adolescência o ideal é que o acompanhamento seja realizado por equipe multiprofissional (PAIVA, 2006). Tanto os profissionais de educação quanto os profissionais de saúde, mesmo que de forma não estruturada, estão inseridos nessa estratégia, envolvidos em sua prática cotidiana nas diversas e constantes situações relacionadas à educação em saúde, educação sexual na comunidade, na

escola e unidades de saúde, focados na prevenção da gravidez na adolescência, maternidade e paternidade responsável, DST/Aids, violência sexual, sexualidade saudável, entre outros. Por este motivo é indispensável que durante a formação acadêmica de professores, pedagogos, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais licenciados em ciências sociais e humanas, e na formação de outras categorias inseridas neste processo como os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e demais educadores, haja a inclusão de conteúdos que subsidiem a atuação destes profissionais nestas situações específicas. Isso com certeza desataria um grande nó que é a carência de recursos humanos habilitados para trabalhar com adolescente.

De acordo com Altmann (2007), o discurso médico-biológico reproduzido nas escolas através de métodos de ensino que superestimam o conhecimento da anatomia dos órgãos sexuais, da fisiologia da reprodução, das doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, regem a sexualidade através de sua disciplinarização, que é tratada de forma tímida nos livros de Ciências e Biologia, nos capítulos de reprodução humana. Este também é o modelo que ainda prevalece e se difunde no cotidiano das equipes e entre profissionais de saúde ao tratarem dessas questões, ao conduzirem as atividades educativas como momentos para transmissão de informações, que refletem no distanciamento dos adolescentes das unidades de saúde, quando os métodos adotados não atendem as suas necessidades.

Os serviços de saúde devem acolher o adolescente de maneira integral, garantindo um atendimento global e regular que atenda as suas necessidades (PAIVA, 2006). Devem ser oferecidos espaços para discussões individuais e coletivas de forma a estimular a fala do adolescente sobre seus problemas, dúvidas, dificuldades e a partir daí encontrar meios para ajudar a superá-las (COSTA *et al.*, 2001). Esse autor destaca os problemas mais comuns para lidar com a sexualidade enfrentados pelos adolescentes e que precisam ser trabalhados:

(...) predominam a falta de experiência e ausência de diálogo entre os parceiros, com consequente falta de ajustamento; ausência de orgasmo; impotência; falta de proteção anticoncepcional; uso inadequado dos métodos anticoncepcionais por falta de conhecimento e consequente uso incorreto destes; relações sexuais em local impróprio, com consequentes inibições; sentimento de culpa em relação aos pais; iniciação precoce por necessidade de imitar os companheiros, sem ter atingido o necessário amadurecimento psicológico; ausência de afeto nas relações; necessidade do uso de drogas para manter relações, entre outros (COSTA *et al.*, 2001, p. 223).

Todas essas dúvidas e conflitos precisam ser valorizados e esclarecidos levando em conta os aspectos biopsicossociais que permeiam esse processo. A percepção dos jovens sobre o assunto pode permitir que eles explorem a sua sexualidade com segurança, proteção, sem



riscos, de maneira saudável, aproveitando ao máximo o prazer e as emoções que podem vivenciar na sua vida sexual. Ademais, o Ministério da Saúde (2007a) defende que sejam implementadas na atenção básica ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva para adolescentes, e que estas ações tornem os serviços de saúde mais atrativos e adequados para adolescentes e jovens de ambos os sexos.

### **2.3 A Estratégia Saúde da Família e a Educação Sexual**

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Governo Federal em 1994, como uma estratégia de reestruturação dos serviços e reorientação das ações de saúde na atenção básica, focando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação (BRASIL, 2011). Esse modelo de atenção à saúde foi proposto para paulatinamente substituir o modelo curativo centrado na doença e na fragmentação do cuidado. Na atualidade, o programa inicial é denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF) e busca promover a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no Brasil, com a finalidade de reorientar o processo de trabalho em saúde.

Segundo a mesma fonte, a ESF fundamenta-se no cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, universalização, descentralização, hierarquização, integralidade e no controle social. São elementos indispensáveis à ESF equipes de saúde multiprofissionais compostas por médico e enfermeiro, auxiliar e/ou técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também podem ser incluídos como membros da equipe o odontólogo, o auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, além de outros profissionais, na dependência da realidade e da decisão da gestão local de saúde.

O total de ACS por equipe deve ser adequado à cobertura de 100% da população cadastrada. Um ACS deve acompanhar no máximo 750 pessoas. Recomenda-se o limite de 4.000 pessoas adscritas por equipe, sendo o ideal 3.000 e de até 12 ACS por equipe (BRASIL, 2011). É preconizado para uma unidade básica de saúde (UBS), com Saúde da Família localizada em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para no máximo 12 mil habitantes, dentro da área adscrita, garantindo os princípios e diretrizes da atenção básica.

A ESF está presente em todas as regiões brasileiras, com uma cobertura de 56,20% no ano de 2010 (IBGE, 2010). No estado de Rondônia está implantada em 24 dos 52 municípios, com 127.084 famílias cadastradas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No município de Porto Velho o total de famílias cadastradas corresponde a 64.542 (PORTO VELHO, 2012).

A ESF permite o cuidado longitudinal às famílias, através do seu acompanhamento, que com o tempo, aproximação e continuidade podem conhecer individual e coletivamente as suas dificuldades e necessidades mais densas, sendo assim, responsáveis por uma assistência à saúde da comunidade humanizada, resolutiva e contínua (SILVEIRA FILHO, 2005). A educação fornecida pela família e fora do seio familiar corrobora para a conquista do sucesso social e profissional do jovem. Nesse contexto, as equipes de saúde da família possuem fundamental importância, ao trabalharem questões de educação em saúde junto às comunidades e principalmente com os adolescentes que representam um grupo vulnerável e prioritário para o país. Um dos fatores que aumenta a sua vulnerabilidade é justamente,

(...) o menor acesso a serviços, insumos de prevenção e tratamentos. São poucas as unidades de saúde que oferecem atendimento em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes de forma individualizada, com privacidade e confidencialidade (TAQUETTE *et al.*, 2011, p. 470).

As ações de prevenção realizadas pelas equipes não devem se restringir ao repasse de informações e orientações sobre o funcionamento dos órgãos genitais, aos métodos anticoncepcionais, doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), ou à distribuição do preservativo (SILVA, 2011). Os profissionais devem promover um envolvimento e uma participação ativa do adolescente para que o mesmo possa refletir e espelhar os conhecimentos adquiridos sobre as atitudes e escolhas que pode ter em sua vida, desenvolvendo dessa forma o seu senso de autonomia e responsabilidade.

Alguns fatores individuais ou associados, como a idade, forma de supervisão dos pais e principalmente da figura materna, a presença de irmãos adolescentes solteiros que já passaram por uma gestação, estrutura familiar e o fato de não estar na escola - mesmo que isso contrarie o direito do adolescente ao ensino, podem influenciar de forma significativa a iniciação sexual dos adolescentes. Estes fatores são marcadores importantes e devem ser considerados para o planejamento e a realização de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente, visando atingir também aqueles que ainda não iniciaram a vida sexual (BORGES *et al.*, 2007).

Para Santos e Prado (2001), é fundamental que os profissionais estejam sensibilizados quanto às reais necessidades dos adolescentes, para que haja a promoção de um cuidado com qualidade, fortalecendo assim o vínculo com a família e equipe de saúde. Deve-se pensar também na organização de ambiente que favoreça o acolhimento do adolescente, onde os mesmos sintam confiança em externar suas intimidades e dúvidas, ampliando as

possibilidades de provocar mudanças em seu comportamento e que os levem a optar por alternativas seguras.

## **2.4 A Atenção Integral à Saúde do Adolescente**

O capítulo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que trata dos direitos à vida e à saúde estabelece em seu artigo 11 que “é assegurada a atenção integral à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990, p. 13). O Estatuto da Juventude com políticas dirigidas às pessoas de 15 a 29 anos, aponta em seu artigo 19 que o jovem “tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral” (BRASIL, 2013, p. 20). Esses direitos precisam ser efetivados e as barreiras que os comprometem precisam ser rompidas.

O atendimento ao adolescente representa o momento da quebra do modelo de consulta da criança, no qual é fundamental a participação dos pais ou responsáveis. A consulta do adolescente permite o rompimento desse laço que será substituído pelo vínculo médico-adolescente (REATO, 2006). Essa mudança pode incentivá-lo a adotar uma postura de responsabilidade com a sua saúde e com o seu corpo, principalmente se o profissional de saúde respeitar a sua individualidade, privacidade e autonomia, e assumir postura ética livre de preconceitos e julgamentos. Essa oportunidade deve ser valorizada de forma a tornar a unidade de saúde uma referência para o adolescente nas suas demandas relacionadas à saúde.

Para Paiva (2006), o ideal é que o atendimento ao adolescente seja realizado por equipe multiprofissional, agindo em conjunto, com a valorização dos diversos campos do saber em prol de uma abordagem ampliada, momento em que deve ser valorizado: o adolescente como foco principal e sua visão como um todo, o interesse dos envolvidos em participar, conhecimentos técnicos das particularidades que envolvem esse período, aspectos éticos e legais no atendimento aos adolescentes, e o respeito entre os profissionais. Ressalta também que, na impossibilidade de implementar esse modelo, o atendimento não pode ser comprometido, e isso pode ser garantido com profissionais qualificados e ambiente favorável à consulta, a fim de garantir privacidade e liberdade.

A consulta do adolescente pode acontecer em dois momentos: primeiro individual e, posteriormente, com os pais se assim ele desejar. Para Sant’Anna (2006, p. 91), “atender adolescentes significa acolhê-los, respeitando-os dentro dos mais rigorosos princípios éticos”.

Sendo assim, neste momento deve ficar claro, tanto para o adolescente quanto para seus responsáveis, que será preservado o direito ao sigilo, confidencialidade e garantido que os assuntos tratados no atendimento individual, como por exemplo os relacionados a saúde sexual e reprodutiva, não serão repassados aos pais sem o seu consentimento.

O sigilo médico é respaldado pelo artigo 74 do Código de Ética Médica, que diz:

(...) é vedado ao médico revelar sigilo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente (CFM, 2012, p. 21).

O segredo profissional no atendimento ao adolescente também é assegurado pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 82, parágrafo 4º, quando afirma que

(...) o segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação [for] solicitada por pais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo (COFEN, 2013, p. 41).

O sigilo profissional é amparado pelo Código Penal Brasileiro, em seu artigo 154: “revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano” (1998, p. 40). De uma maneira geral, o Código Penal e os códigos de ética de várias profissões ordenam o sigilo profissional, podendo ser revelado nas situações em que promovam risco de vida a si mesmo ou a terceiros. Em situações de impedimentos legais diante de casos mais complicados, a recomendação é que o serviço de saúde se articule com o Conselho Tutelar e com a Promotoria da Infância e Juventude a fim de se respaldar com os princípios éticos que conduzem o atendimento ao adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007b).

As questões éticas não devem representar um impedimento para a organização de um serviço de saúde adequado ao público adolescente, e os profissionais devem ser conhecedores da legislação que os ampara na legalidade desse atendimento. Tudo deve ser feito a fim de garantir o direito à saúde e à cidadania dessa população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde consideram adolescência o período da vida de 10 a 19 anos. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adolescente é a pessoa com idade entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990). Entretanto, a

adolescência é um fenômeno cujas repercussões psicossociais diferem nas diversas culturas e que não compreende uma faixa etária definida universalmente. Com relação a questões de sexualidade, o ECA trata implicitamente dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes, e essa não valorização do tema torna esse grupo mais suscetível a comprometimentos na saúde sexual e reprodutiva (PIROTTA *et al.*, 2007).

Na formulação oficial da atenção primária à saúde, a saúde sexual e reprodutiva constituem áreas prioritárias para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde. Deve ser oferecida em deferência aos preceitos dos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. Isto porque é fundamental que os adolescentes tenham conhecimento sobre sexo seguro e prevenção da gravidez indesejada. É direito do adolescente o acesso a informações e orientações de educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, aos métodos contraceptivos e aos meios que garantam a prevenção às DTS/Aids de acordo com a sua preferência. Assim os serviços de saúde devem assegurar o quanto antes o atendimento com vistas à saúde sexual e saúde reprodutiva, a fim de prepará-lo para usufruir da sexualidade de forma segura, prazerosa e responsável, estimulando o autocuidado, e garantindo-lhes sigilo e a privacidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Sant'anna (2006, p. 93) complementa, explicando que

(...) os adolescentes de ambos os sexos têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do jovem, estimulando-o a assumir a responsabilidade por sua própria saúde. O respeito à sua autonomia faz com que ele passe de objeto a sujeito de direito.

De acordo com Rios (2006, p. 82),

(...) o direito da sexualidade pode propiciar proteção jurídica e promoção da liberdade e da diversidade sem fixar-se em identidades ou condutas meramente toleradas ou limitar-se às situações de vulnerabilidade social feminina e suas manifestações sexuais.

A sexualidade é resultado do desenvolvimento e faz parte de qualquer ser humano. Limitá-la apenas a sua função reprodutiva e ao ato sexual é um erro, pois ela representa as peculiaridades emocionais e sentimentais, resultado de suas vivências mais íntimas e valores cultivados ao longo da vida.

A fim de contribuir com a melhoria da atenção à saúde do adolescente na atenção básica, em 2010 o Ministério da Saúde lançou o manual técnico “Orientações Básicas de

Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Esse material disponibiliza orientações para a realização de ações educativas junto à comunidade e nas consultas ao adolescente, para os profissionais que atuam na ESF, em UBS e nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o intuito de promover o planejamento e o desenvolvimento de ações de saúde resolutivas e eficazes junto à escola e unidades de saúde. Considerando os pressupostos legais e conceituais no qual este material está pautado, é de responsabilidade da atenção básica, principalmente da ESF:

(...) desenvolver ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva baseada nas demandas trazidas pelos adolescentes, criando ambientes participativos de discussões em grupo que favoreçam o exercício das relações afetivas e fortaleçam o autoconhecimento, o autocuidado e cuidado com o outro para tomadas de decisões esclarecidas e responsáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a, p. 11).

O guia de “Orientações para o atendimento à saúde do adolescente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b) é outro instrumento criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de valorizar esse grupo e auxiliar as unidades e equipes de saúde na atenção integral à saúde do adolescente. Foi produzido nas versões para a abordagem ao menino e à menina, focado no crescimento e desenvolvimento pela avaliação a partir de gráficos de estatura e peso por idade, além da avaliação do crescimento puberal.

O Ministério da Saúde lançou também, desde 2008, a Caderneta de Saúde do adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Este material foi confeccionado para atender os meninos e as meninas e tem orientações sobre cuidados com a saúde, vacinas, saúde bucal, alimentação saudável, seus direitos e deveres, e também informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Representa um importante instrumento na busca da qualidade da atenção à saúde dos adolescentes com vistas à promoção da saúde e a prevenção das doenças. Entretanto, o que se observa na prática cotidiana das unidades de saúde é o pouco uso desse instrumento e sua distribuição insuficiente para atender o público adolescente.

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto nº 6.286/2007 (BRASIL, 2007), oferece mais uma oportunidade de atuação das equipes de saúde da família junto aos adolescentes que podem ser desenvolvidas na comunidade escolar, com ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/Aids, através do planejamento e realização de oficinas de educação em saúde com alunos, professores, pais e outros parceiros da escola, além de propor o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino superior, organizações não governamentais, empresas privadas e outros atores sociais. Pode ajudar na

programação e acompanhar as atividades educativas em saúde realizadas pela escola, além de instituir e estimular a utilização da Caderneta de Saúde de Adolescentes.

A metodologia adotada para as ações preventivas, contudo, precisa envolver não só os adolescentes que já iniciaram as práticas sexuais, mas também os jovens que estão no período inicial da adolescência. A abordagem do profissional quanto à sexualidade deve acontecer de forma ampliada, com destaque para o prazer e as relações de afeto. Os profissionais devem sempre considerar que nesta fase estão presentes comportamentos fantasiosos, curiosos, que podem expor os adolescentes a situações de risco, mas, no entanto, estes são capazes de exercer sua autonomia e tomar decisões (SANT'ANNA, 2006).

Para Hora *et al.* (2008), a ampliação e divulgação das ações de saúde ofertadas aos adolescentes aumenta a procura pelo serviço e, além de reduzir a vulnerabilidade a situações de risco como DST, gravidez indesejada, uso de drogas e situações de violência, isso caracteriza a popularidade do programa de atenção integral à saúde do adolescente. Por isso, acredito ser fundamental a implementação dessa atenção, com a inserção de profissionais munidos não apenas de “boa vontade”, mas com competência cognitiva, técnica, e atitudinal em respeito aos direitos dos adolescentes, a fim de garantir-lhes um atendimento global e de qualidade.

### 3. O LOCUS DA PESQUISA E O CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

Foi desenvolvida uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa para estudar a educação sexual prestada aos adolescentes pelas equipes de saúde da família: a coleta dos dados se deu através da técnica de entrevista e observação. Justifica-se essa escolha por pretender se trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes envolvidos e por preocupar-se com a realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 1998). De acordo com Nogueira-Martins (2004, p. 48) a pesquisa qualitativa “refere-se a estudos de (...) representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias”.

Segundo Neves (1996, p. 1), o foco de interesse deste tipo de pesquisa é ampliado e “parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação o estudo”.

Neste trabalho, a pesquisa qualitativa permitiu investigar as características significantes do processo de trabalho relacionado à educação sexual de adolescentes que é desenvolvido pelas equipes de saúde que atuam na ESF, bem como descrever e analisar as práticas desenvolvidas no cotidiano dos profissionais de saúde que compõem estas equipes. Para tal, a pesquisa foi realizada na USF Ernandes Índio, situada no Bairro Escola de Polícia, Zona Leste do município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia. Esta unidade atende através da ESF os bairros Cuniã, Escola de Polícia, Igarapé e Teixeira, localizados na periferia da capital Porto Velho.

A USF local do estudo foi inaugurada em 2002 como unidade básica de saúde e com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado. No ano de 2005 a estratégia mudou e foi inserido o então PSF que depois veio a ser denominado ESF. Após sete anos de implantação da ESF nessa unidade de saúde verificamos que a sua área de abrangência ainda permanece com falhas na cobertura dos bairros, devido à superpopulação e à quantidade insuficiente de profissionais, principalmente agentes comunitários de saúde.

Essa USF possui seis equipes de saúde da família que se dividem entre o turno matutino e vespertino, sendo duas equipes para assistir o bairro Igarapé, duas para o bairro Teixeira, uma para o bairro Escola de Polícia e uma equipe para o acompanhamento das



famílias do bairro Cuniã. No período da coleta de dados desta pesquisa, a composição de duas equipes estava prejudicada com a ausência do profissional médico. Todas as equipes são compostas por um enfermeiro, um médico, um odontólogo, um ou dois técnicos ou auxiliares de enfermagem, um técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário e de cinco a sete agentes comunitários de saúde, sendo 40 ACS no total.

Verificamos nestas equipes que há alta rotatividade do profissional médico, como também nas demais equipes do município de Porto Velho, devido à absorção de profissionais em início de carreira, que não possuem especialidades médicas e aceitam essa oferta de trabalho remunerado enquanto se preparam para concursos e provas de residência, além da dificuldade dos mesmos se dedicarem às 40 horas semanais de trabalho exigidas, já que a maior parte destes profissionais possuem mais de um vínculo empregatício. A unidade conta com o apoio matricial de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois nutricionistas e um fisioterapeuta que dão suporte para as 25 equipes de saúde da família implantadas na zona leste da capital Porto Velho, onde se localiza a USF estudada.

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (PORTO VELHO, 2012), o total de famílias cadastradas nessa USF é de 3.972 famílias, totalizando aproximadamente 15.000 pessoas. Os dados cadastrais revelam que a maior parte da população é do sexo feminino (52,3%) e as famílias são compostas em sua maior parte por mulheres em idade fértil (38,4%). A população infantil abaixo de 10 anos corresponde a 14,4%. A população com idade entre 10 e 19 anos é de aproximadamente 3.000 jovens (20,1%), o que corresponde a 5,1% da população de adolescentes de Porto Velho cadastrada pela ESF, segundo o critério etário adotado pelo Ministério da Saúde. As grávidas com menos de 20 anos acompanhadas no serviço pré-natal representam 24,34% das grávidas cadastradas na unidade. Não houve registros de óbitos na população adolescente no ano de 2012.

Trata-se de uma área com precários índices de infraestrutura e saneamento básico. Possui ruas centrais com pavimentação de asfalto e ruas marginais apenas com encascalhamento, com um sistema de drenagem pluvial insuficiente favorecendo alagações em algumas ruas nos dias de chuva. Segundo o SIAB (PORTO VELHO, 2012), o sistema de abastecimento de água na maior parte dos domicílios é público (86,88%), mas ainda são encontrados poços rasos tipo amazonas e poucos poços artesianos (13,2%). Os dados do SIAB também informam que a adição de cloro na água para beber é realizada por 67,42% das famílias cadastradas, 20,44% filtram a água e 10,93% utilizam água sem tratamento.

A destinação dos resíduos domiciliares é a coleta pública para 99,22% e a fossa séptica para eliminação dos dejetos está presente em 85,20% das residências. Porto Velho é uma das capitais do país que não têm sistema de coleta e tratamento de esgoto, a iluminação pública não é adequada, as ruas são escuras, com pouca luminosidade o que favorece a marginalidade e atos de violência e aumenta a sensação de insegurança da população. O trabalho formal e informal e os setores de serviços públicos e privados são os maiores geradores de emprego à população adscrita. O meio de comunicação mais utilizado é a televisão (96,78%) e o rádio (79,28%). Os meios de transporte mais utilizados pelas famílias cadastradas são as motocicletas (67,85%), seguido do transporte público que, somado as bicicletas, correspondem a 79,56%. (PORTO VELHO, 2012).

É grande a quantidade de adolescentes que reside nas imediações da Unidade de Saúde da Família (USF) Ernandes Índio e que lá são atendidos. Representam um número expressivo de jovens que necessitam de orientações adequadas à sua necessidade e uma assistência individualizada, dirigidas pelas equipes de saúde.

A seleção dos participantes da pesquisa foi intencional, seguindo critérios pré-definidos: ser profissional enfermeiro, médico, dentista, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico e técnico de higiene dental, devidamente inseridos e cadastrados nas equipes de saúde da Unidade de Saúde da Família Ernandes Índio. O critério da sua inclusão foi a concordância em participar da pesquisa como voluntário, mediante autorização por escrito do Termo de Consentimento (Apêndice A). Os membros das equipes de saúde da família que recusaram a participação no estudo e os profissionais que não fazem parte das categorias selecionadas, como pessoal administrativo, serviços gerais, vacinadores, vigilantes, equipe de laboratório, auxiliares de serviço de saúde, por não estarem inseridos nas equipes de saúde da família, foram excluídos.

Para atender os objetivos da pesquisa, a coleta de dados adotou como técnica a entrevista semi-estruturada, visto ser adequado a esse tipo de pesquisa qualitativa, com a qual foi possível conhecer como se dão as ações e os processos de abordagem e acolhimento dos adolescentes, bem como os conhecimentos dos entrevistados acerca do tema. Os dados foram obtidos através de entrevista individual, realizada pela própria pesquisadora, com auxílio de um roteiro temático (Apêndice B) que permitiu a ampliação das perguntas de acordo com a necessidade. Isto possibilitou a obtenção de informações e opiniões a partir das respostas do sujeito acerca do tema. As entrevistas tiveram duração de 10 a 20 minutos cada uma e as falas foram gravadas em aparelho celular com autorização dos participantes; posteriormente foram ouvidas, transcritas de forma literal, conferidas com os conteúdos gravados em uma segunda

leitura, e só então apagados. Somente a pesquisadora e sua orientadora tiveram acesso ao produto das entrevistas.

As entrevistas ocorreram no período de junho a agosto de 2013 e foram realizadas no local e horário de trabalho dos profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Durante o período da coleta de dados, identificou-se que duas equipes de saúde não possuíam médicos devidamente cadastrados na equipe. Uma enfermeira não foi localizada na USF no período das coletas e outra só aceitou a participação através de questionário autoaplicável. O número de respondentes (29), contudo, foi determinado pela saturação das informações, identificadas pela repetição das respostas.

Também foram observadas as ações direcionadas pelas equipes ao público adolescente, utilizando como instrumento apoiador um roteiro de observação (Apêndice C). Segundo Nogueira-Martins (2004, p. 52) “o principal objetivo da observação é gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-dia. (...) podem ocorrer em qualquer lugar onde as pessoas estejam fazendo coisas: (...) lares, ruas, locais de trabalho, outros”. Através da observação foi feita a avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais o que possibilitou identificar indicadores importantes para esse estudo, como por exemplo: saber como é realizada a abordagem no acolhimento ao adolescente, como é o relacionamento entre profissionais e o adolescente, como acontece o planejamento e o desenvolvimento real das atividades de grupo e também detectar manifestações que não foram explicitadas pelos entrevistados mas que ocorrem no seu dia-dia, possibilitando assim o cotejo entre o conteúdo das respostas dos sujeitos e suas ações efetivas.

A coleta dos dados a partir da observação ocorreu paralelamente à realização das entrevistas, durante atividades coletivas de educação em saúde desenvolvidas tanto na USF como em espaços na comunidade reservados pelas equipes para essa finalidade, tais como: consultórios na USF, igrejas, escolas e associações de bairro. O registro do observado se deu durante as ações, e as impressões foram registradas por escrito no próprio formulário para posteriormente serem analisadas e confrontadas com os resultados das entrevistas.

Consideramos, para efeito de padronização da coleta de dados por observação, as atividades coletivas que envolveram a participação de adolescentes, como os grupos de educação em saúde, as rodas de conversa e também as palestras educativas. Para a observação de campo selecionamos as ações programadas para esse grupo ou que tinham a participação dos mesmos.

Para o tratamento dos dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas individuais e das observações, foi aplicado o método de análise de conteúdo, que como explica Bardin (2004, p. 24), é um método que se

(...) constitui em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis indeferidas) das mensagens.

As falas dos sujeitos foram submetidas a leituras flutuantes pacientemente repetidas, de maneira minuciosa, detalhada e exaustiva, com o intuito de assegurar uma interpretação mais sólida das falas de forma que os questionamentos realizados se constituíram em temas cujas respostas foram os enunciados/unidades de registros que corroboram os objetivos dessa pesquisa. Os quatro grupos temáticos foram levantados e identificados como:

1. Educação sexual como objeto de trabalho na atenção à saúde do adolescente;
2. Ações de educação sexual para o público adolescente;
3. Conteúdos abordados nas ações de educação sexual;
4. Inexistência do programa de atenção à saúde do adolescente na USF.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, a privacidade, o livre consentimento e o direito de desistir de sua participação em qualquer momento da pesquisa. Para atender os aspectos éticos, o projeto foi autorizado previamente pelo gestor municipal de saúde (ANEXO A) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Foram seguidas as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996). Nas transcrições, bem como na citação dos trechos dos depoimentos, os sujeitos são representados pelo nome da categoria profissional, seguido de numeração arábica, por exemplo: Enfermeiro 1, Enfermeiro 2...; Médico 1, Médico 2...; Agente Comunitário de Saúde 1, Agente Comunitário de Saúde 2..., garantindo dessa forma a recomendação ética de anonimato dos entrevistados.

Após a defesa e a entrega do relatório final, o produto desta pesquisa será divulgado e entregue uma cópia para a Secretaria Municipal de Saúde e para a USF Ernandes Índio, local desta pesquisa. Os profissionais entrevistados serão comunicados dos resultados, visando permitir aos mesmos a reflexão sobre as práticas desenvolvidas a fim de subsidiar meios para

ampliação e elaboração de ideias novas e produtivas que poderão resultar na melhoria das ações de educação sexual para o público adolescente.

#### 4. ANALISANDO E REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESF

Participaram desta investigação 29 profissionais atuantes nas equipes de saúde da família da USF Ernandes Índio, sendo três enfermeiras, um médico e duas médicas, duas cirurgiãs dentistas, uma técnica de higiene dental, uma auxiliar de consultório odontológico, quatro técnicas e um técnico de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e 13 agentes comunitários de saúde, sendo dois do gênero masculino. Ou seja, do total de participantes, 25 pertencem ao gênero feminino e apenas quatro ao gênero masculino. O tempo de atuação profissional dos participantes variou de 10 meses a 11 anos, sendo que 26 possuem mais de três anos de experiência profissional na ESF. A idade dos participantes esteve entre 24 e 57 anos, a maioria com mais de 36 anos de idade.

Após a síntese do conteúdo das entrevistas foi possível obter uma ideia global do discurso a ser confrontado com a análise das observações de campo e referencial bibliográfico pertinente, para possibilitar o desenvolvimento e conclusão deste estudo. Foram identificadas quatro temáticas a serem desenvolvidas.

No primeiro tema levantado, **Educação sexual como objeto de trabalho na atenção à saúde do adolescente**, são discutidas: a expressão de gênero como determinante para a abordagem do tema, a garantia da confidencialidade e sigilo para a boa relação profissional e adolescente, a inserção de pais-responsáveis como elemento facilitador ou prejudicial na abordagem, e a sexualidade na adolescência tratada sem preconceitos e julgamentos. O segundo tema descreve as **Ações de educação sexual para o público adolescente** e nele são trabalhados os aspectos das atividades que são realizadas com o público adolescente na USF, tais como: orientações em consultas médicas e em consultas de enfermagem, como acontece a educação em saúde na prática do ACS e as atividades educativas em grupo com adolescentes atendidos pelas equipes de saúde da USF.

A terceira temática trata dos **Conteúdos abordados nas ações de educação sexual**, tais como: prevenção de DST com ênfase no uso dos preservativos masculino e feminino; e a gravidez na adolescência com ênfase no uso métodos contraceptivos. Por fim, o quarto tema aborda a **Inexistência do programa de atenção à saúde do adolescente na USF**, levantando as facilidades e as dificuldades dos profissionais para trabalhar a educação sexual e evidenciado o desconhecimento dos profissionais sobre as ações que integram a atenção

integral à saúde do adolescente. No Quadro 1 encontra-se uma síntese do detalhamento dos temas levantados seguidos da enunciação de suas ideias-chaves.

**QUADRO 1 – Grupos temáticos e ideias-chave apresentadas por profissionais de saúde que atuam na ESF. Porto Velho, RO, 2013**

<b>Temas</b>	<b>Ideias-chaves/Enunciação</b>
A educação sexual como objeto de trabalho na atenção à saúde do adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão de gênero como determinante para a abordagem do tema</li> <li>• Garantia da confidencialidade e sigilo para a boa relação profissional e adolescente</li> <li>• Inserção de pais-responsáveis como elemento facilitador ou prejudicial na abordagem</li> <li>• Sexualidade na adolescência tratada sem preconceitos e julgamentos</li> </ul>
Ações de educação sexual para o público adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações em consultas médicas e de consultas de enfermagem</li> <li>• Educação em saúde na prática do ACS</li> <li>• Atividades educativas em grupo com adolescentes</li> </ul>
Conteúdos abordados nas ações de educação sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção de DST com ênfase uso dos preservativos masculino e feminino</li> <li>• Gravidez na adolescência com ênfase nos métodos contraceptivos</li> </ul>
Inexistência do programa de atenção à saúde do adolescente na USF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades dos profissionais e facilidades dos profissionais</li> <li>• Desconhecimento das ações que integram a atenção integral à saúde do adolescente</li> </ul>

#### **4.1 A Educação Sexual como Objeto de Trabalho na Atenção à Saúde do Adolescente**

A maior parte dos participantes afirmou desenvolver ações de educação sexual na comunidade em que atuam, com exceção de uma técnica de enfermagem e alguns profissionais da odontologia, como dentistas e auxiliar de consultório dentário (ACD) ou técnico de higiene dental (THD) que restringem o seu desempenho às atividades de saúde bucal, como pode ser observado nas falas a seguir.

*Não realizo nenhum tipo de atividade de educação sexual. Estou mais vinculada às ações de saúde bucal. (THD 1)*

*Eu não trabalho esse assunto. (ACD 1)*

Mesmo negando a participação ativa nas programações sobre educação sexual voltadas aos adolescentes, estes profissionais citaram a prevenção de doenças sexualmente

transmissíveis e gravidez na adolescência como conteúdos pertinentes ao tema e o aproveitamento da oportunidade de atendimento odontológico pra falar sobre o assunto.

*Atendo poucos adolescentes, mais as grávidas e pra elas eu sempre pergunto se ela não utilizava método, a forma de anticoncepção, se ela não utilizava métodos contraceptivos, se ela convive maritalmente durante a gestação. Aproveito essa oportunidade pelo fato de não conseguir reunir os adolescentes por eles estudarem pela manhã, tento aproveitar essas oportunidades. (Odontólogo 2)*

Essa fala também revela o distanciamento desse grupo de profissionais dos adolescentes e a tendência das intervenções após o acontecimento de um fato ou problema de saúde. Ou seja, a abordagem é feita após a procura da unidade pelo adolescente, quando o mesmo já enfrenta uma gestação ou outro problema de saúde.

Referindo-se à participação nos grupos de educação em saúde, os depoimentos a seguir demonstram a fragmentação das responsabilidades de acordo com a sua formação.

*Eu não faço nenhuma. Não trabalho esse assunto. Mas estou sempre presente nas ações da equipe. Temos um grupo de adolescentes em que são abordados vários temas. A minha participação nos grupos está sempre voltada para a saúde bucal. (Odontólogo 1)*

*Eu nenhuma, esses assuntos são sempre abordados pela enfermeira. (ACD 1)*

Essa afirmação corrobora com a observação de campo, que evidenciou a pouca ou nenhuma contribuição dos profissionais da odontologia nos assuntos relativos à sexualidade, restringindo a sua atuação às demandas específicas de saúde bucal, como: orientações sobre higiene oral, escovação e exames clínicos. Esse comportamento é reflexo do perfil de formação deste grupo, que não tem esses assuntos em suas matrizes curriculares dos seus cursos profissionais.

O Ministério da Saúde (2010b), em suas orientações básicas para a atenção integral à saúde dos adolescentes direcionadas a todos os profissionais de saúde que atuam na ESF, definiu como responsabilidade de dentistas apenas as ações de saúde bucal, tanto no atendimento clínico quanto educativo. A iniciativa deste grupo na abordagem do tema educação sexual com os adolescentes, mesmo limitada pelo ambiente em que atuam, revela assim uma tendência mais participativa e de responsabilidade com as ações de educação em saúde junto à comunidade em que atuam.



#### 4.1.1 Expressão de gênero como determinante para a abordagem do tema

As questões de gênero exercem forte influência na abordagem do adolescente e no desenvolvimento das ações, no que diz respeito ao tipo de orientação a ser dada e como isso será feito. Em alguns discursos os profissionais participantes se referiram apenas ao adolescente do gênero feminino como o alvo de abordagens educativas, excluindo o masculino.

Segundo Oliveira e Lyra (2010) o distanciamento do adolescente do sexo masculino dos serviços representa um obstáculo na implementação de ações de educação em saúde, e mesmo que gestores e profissionais reconheçam a iminente prioridade em chegar até eles, ainda não sabem como fazê-lo. Por sua vez, os adolescentes se mantêm distanciados por reconhecerem a unidade de saúde como um ambiente para mulheres e crianças, não para a população masculina.

O enfoque do gênero se faz muito presente no cotidiano dos profissionais, equipes e unidades de saúde no que tange à educação sexual para adolescentes, no entanto, em toda a sua operacionalização a figura feminina se destaca como alvo desse feito. Em seu estudo, Almeida e Hardy (2007) destacou a vulnerabilidade masculina na adolescência para a paternidade, decorrente da socialização de gênero no modelo tradicional, que prepara o homem para assumir uma postura diante da sexualidade voltada para saciedade dos prazeres corporais e o prazer.

O amplo enfoque sobre a gravidez na adolescência está associado mais às questões da maternidade, sendo menos discutida a responsabilização do adolescente quanto à paternidade e suas consequências nesse período da vida. Está claro que os adolescentes de ambos os sexos precisam ser orientados na perspectiva do cuidado com o seu corpo e o corpo do outro. Nos relatos a seguir, com a fala direcionada apenas para e sobre as adolescentes, os entrevistados mostram a inabilidade em trabalhar com os jovens do sexo masculino.

*Tem várias adolescentes na minha área que eu conheci meninas, já estão mocinhas e namorando. Então eu pergunto: Está namorando? É só namoro mesmo? Já estão brincando? Elas começam a rir e eu falo que é sério e que se estiverem e quiser camisinha eu tenho pra entregar. Oriento para terem cuidado com as doenças e pra não ficarem com um e com outro... (ACS 4).*

*Eu converso mais com as meninas, pois são mais receptivas com a gente. Geralmente quando se trabalha na área há tempos, elas já têm intimidade. Se estiverem grávidas ou se estão mantendo relação*

*sexual e não querem que os pais saibam, elas encontram a gente nas suas casas, ou esperam a gente sair e vão atrás. Eu sempre pergunto, mas geralmente elas falam. Oriento mais as meninas. Quando eles pedem eu levo na casa junto com os panfletos de orientação.* (ACS 13).

Durante a observação dos grupos educativos com participação apenas de adolescentes, na comunidade pesquisada, notamos uma maior presença de jovens do sexo feminino e que ainda não tinham engravidado em busca de informações e métodos preventivos em relação aos do sexo masculino. Em seu estudo, Hora *et al.* (2008) identificou a necessidade de ampliação dos serviços ofertados por um centro especializado em adolescentes, sobretudo os do sexo masculino, com o objetivo de desenvolver processos educativos, fundamentados numa perspectiva de equidade de gênero e relações sociais.

Identificar estratégias de trabalho que mais se aproximem das necessidades dos adolescentes é uma alternativa para driblar as dificuldades no que diz respeito ao gênero. Meninos e meninas têm comportamentos, vivências e necessidades distintas, que precisam ser identificadas para que as ações empregadas não sejam mal conduzidas ou inapropriadas (ALMEIDA & HARDY, 2007).

*Percebo que eles ficam tímidos, principalmente se o grupo tiver meninos e meninas. Acredito que se dividíssemos por sexo o resultado seria melhor. Além do mais, eles ficam inseguros em fazer perguntas na presença de outras pessoas.* (Médica 1).

Este relato revela a dificuldade do profissional na condução de grupo de educação em saúde, relacionado à tímida participação em público do adolescente e em relação ao sexo oposto. Esta fala defende que generalizar o discurso pode não ser um bom método e os objetivos quanto à aprendizagem do que foi apresentado podem não ser alcançados, já que o adolescente tem dificuldade de se abrir para falar o que pensa, sente, conhece e expressar suas dúvidas.

Esse pensamento parece contrapor-se à ideia de Oliveira *et al.* (2008 p. 308), que afirmam ser próprio dos adolescentes “procurar no grupo de companheiros a sua identidade e as respostas para as suas ansiedades, facilitando a expressão de sentimentos, trocas de informações e experiências”. Generalizar conceitos e não problematizar individualmente as situações não oferece subsídios para as intervenções e saber o que é ou não adequado. Conhecer o seu grupo e suas especificidades são elementos fundamentais para uma boa abordagem.

Além da tendência à feminilização das intervenções, a necessidade de identificar práticas de risco para iniciar uma conversa está bem arraigada no cotidiano de alguns profissionais da ESF participante desta pesquisa. Este procedimento de trabalho exclui os adolescentes com comportamento sexual desconhecido e descaracteriza o caráter preventivo das ações:

*(...) quando as meninas são novas e possuem vários parceiros (...) procuro chamar pra explicar, conversar, tentar puxar o assunto. Por incrível que pareça, tenho mais facilidades pra falar com as meninas, os meninos são difíceis. Parece que as mulheres se previnem mais que os homens. (ACS 5).*

*Nas visitas domiciliares, se elas falam que já estão praticando, eu oriento usar o preservativo, sobre planejamento familiar e encaminho à enfermeira para receber orientações melhores, mas só converso com meninas que eu sei que já praticam sexo ou que eu desconfio, pra que essas possam se abrir. Evito falar com aquelas que eu não sei se praticam sexo. (ACS 7)*

Mesmo que não pareça, os sentimentos e desejos sexuais divergem em ambos os sexos. Costa *et al.* (2001) consideram que as adolescentes priorizam o amor e afetividade em relação aos impulsos sexuais, enquanto os garotos experimentam desejo sexual bem localizado na sua genitália, e estão bem separados do amor e fantasias românticas. Da mesma forma que meninos e meninas pensam, se comportam e se expressam de maneiras diferentes. Porém, a ocultação ou não verbalização das suas experiências não deve significar limitações para o trabalho educativo a ser desenvolvido junto a esse grupo. Por outro lado, compreender como ambos os sexos vivenciam a sexualidade e suas diversas manifestações durante a adolescência é um importante elemento nas decisões de como desenvolver as ações de educação sexual para os adolescentes.

#### **4.1.2 Garantia da confidencialidade e sigilo para a boa relação profissional com o adolescente**

São princípios fundamentais na atenção à saúde do adolescente a ética, a privacidade, a confidencialidade e o sigilo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Esses princípios reconhecem adolescentes e jovens como sujeitos com condições de decidirem responsabilmente sobre suas vidas. Tratam-se de direitos legais, assegurados pelo Código

Civil Brasileiro (2002), o ECA (1990), e que estão presentes nos códigos de ética de diversas categorias profissionais e precisam ser respeitados.

Entre alguns entrevistados ficou claro o desconhecimento desses direitos, como pode ser visto nos relatos que se seguem.

*Me preocupa muito essa questão de processo por estar orientando um adolescente sem o conhecimento dos pais. E depois se eles virem questionar achando que a gente está induzindo a prática? Sei lá..., isso me preocupa tanto, que eu sempre peço pra que ela traga uma autorização com a assinatura da mãe quando vier iniciar um método anticoncepcional. (Enfermeira 3)*

O desconhecimento sobre as questões legais que o respaldam no atendimento prejudica a relação entre as partes e ferem o respeito à autonomia e à liberdade, o direito ao atendimento individual e a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão reveladas aos pais ou aos seus pares - exceto se representar risco. Assim, o adolescente se tornará mais vulnerável, se distanciará cada vez mais dos profissionais e serviços de saúde. A ausência ou autorização do responsável não deve ser impeditiva para o atendimento. Mesmo que o adolescente esteja sozinho, ele deve ser atendido, e apenas se necessária a presença dos pais deverá ser solicitada (REATO, 2006).

Referindo-se à exposição do adolescente ao risco na ocorrência de uma intervenção do profissional que teme medidas legais diante das suas condutas, no relato a seguir é exposto o aparente desrespeito à autonomia de uma adolescente quando procurou a unidade de saúde.

*Certa vez eu atendi uma adolescente, me procurou para receber método anticoncepcional, eu não podia prescrever, não tenho competência pra isso. Tratava-se de uma jovem de 13 anos, bem consciente do que precisava. Dei a ela todas as orientações necessárias sobre métodos contraceptivos, prevenção e encaminhei para a médica que se recusou a prescrever [medicamento] alegando que ela era muito jovem e orientou a camisinha. Não completou seis meses e a menina engravidou. A médica se recusou a prescrever por que era paciente jovem. A médica não tinha conhecimento nem preparo para lidar com essa situação. (Enfermeira1)*

Com relação ao medo do médico na prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, Sant'Anna (2006) esclarece que, desde que assumida a atividade sexual por vontade própria, a prescrição do método está relacionada à solicitação do adolescente, devendo ser devidamente registrada em prontuário. Todas as medidas cabíveis oportunas devem ser ponderadas na proteção à saúde do adolescente. Ainda segundo este autor, todas as

oportunidades de contato com o adolescente devem representar um momento para promover a educação sexual, e mesmo que não solicitado devem ser dadas orientações quanto ao uso de métodos contraceptivos, destacando o uso dos preservativos ou métodos de barreira, sem emitir juízos de valor.

Quando falamos sobre sexo e sexualidade não devemos nos referir apenas à questão reprodutiva, mas a questões de foro íntimo, que dizem respeito apenas ao indivíduo. No atendimento/orientação/conversa com adolescentes precisa ser explicitada a garantia da confidencialidade logo nos primeiros contatos (PAIVA, 2006). Dessa forma se estabelece uma melhor relação entre o profissional e o adolescente. No entanto existem aqueles profissionais que preferem inserir os pais no atendimento para iniciar as discussões sobre sexualidade.

*Na consulta pergunto se já iniciou a vida sexual, se faz uso de métodos contraceptivos... Normalmente eles ficam com vergonha principalmente se estão acompanhados dos pais. Nesse caso eu pergunto para os pais. Se a resposta for positiva eu inicio as orientações; se os pais negarem vida sexual dos filhos oriento do mesmo jeito. Prefiro atender adolescentes acompanhados com os responsáveis, mesmo sabendo que eles têm direito ao sigilo, não me sinto segura em prestar esse tipo de atendimento. (Médica 1)*

Este relato mostra interesse da médica em chamar a atenção dos pais/responsáveis para a sexualidade dos filhos. No entanto, por insegurança, não garante a privacidade do adolescente para que ele se expresse e fale sobre suas queixas e possíveis dúvidas. Essa estratégia pode não ser a mais adequada, considerado que algumas famílias têm atitudes excessivamente repressoras sobre a sexualidade dos seus filhos (GIMENES & RIBEIRO, 2001). Uma proposta para inserir a família nas questões de saúde do adolescente é a realização de consultas em três momentos: um momento apenas com o adolescente, outro apenas com o responsável e um terceiro em conjunto (REATO, 2006).

Nas atividades grupais desenvolvidas pelas equipes de saúde que tiveram a participação exclusiva dos adolescentes, observamos que os diálogos e os questionamentos foram bem mais produtivos, apesar de tímidos com a participação de adultos ou com a presença dos pais. Os adolescentes que foram sozinhos ao grupo, tiveram direito ao atendimento individual com o médico ou a enfermeira para tratar de dúvidas, enquanto que os adolescentes acompanhados pelos pais se limitaram a assistir as palestras e pouco fizeram perguntas.

Também percebemos que os agentes comunitários de saúde são efetivamente procurados para conversas ao “pé do ouvido” após as atividades. Os agentes comunitários de saúde representam um importante elo entre os adolescentes e os serviços e são eles os carreadores das inquietações dos adolescentes relacionadas à sexualidade. Na comunidade participam do dia-dia dos adolescentes, acompanham seu crescimento e amadurecimento e estabelecem vínculos pautados no respeito e confiança, como pode ser percebido nos seguintes depoimentos:

*Eles confiam muito na gente como ACS, principalmente as meninas. Têm muito respeito pela gente por mantermos sigilo. Eles só se abrem depois que sentem que a pessoa é de confiança. (ACS 2)*

*Os adolescentes tem muita confiança no agente comunitário de saúde. (ACS 11)*

*Tem meninas que já tem vida sexual ativa e a mãe não sabe. Elas chegam e conversam comigo pedindo pra eu não falar nada pra mãe. E garanto a elas o sigilo e aproveito a oportunidade para fazer perguntas e orientações necessárias. (ACS 10)*

Respeitar o direito do adolescente à educação sexual, à confidencialidade sobre sua vida sexual, bem como o acesso aos métodos contraceptivos, implica no reconhecimento de sua individualidade, estimula e prepara o jovem quanto à responsabilidade sobre seu corpo e sua saúde (SANT’ANNA, 2006). Para isso é fundamental que os serviços tenham profissionais conhecedores dos princípios que fundamentam a atenção à saúde do adolescente, bem como a criação de espaços adequados para que o atendimento não seja comprometido e se amplie a capacidade dos profissionais no encaminhamento das ações necessárias.

#### **4.1.3 Inserção de pais/responsáveis na abordagem do tema**

Vários autores referem que a educação sexual precisa começar no seio familiar ainda durante a infância (MOREIRA & FOLMER, 2011; GHERPELLI, 1996; ALTMANN, 2007). Mesmo esses estudos demonstrando a importância da inserção da família no cumprimento desse papel ainda persistem a repressão dentro dos lares e a negação da sexualidade dos filhos, como pode ser verificado nos relatos a seguir.

*Os pais procuram, principalmente no caso da menina, não pra trazer a filha para receber orientações, mas para saber se já perdeu a virgindade. (Enfermeira 1)*

*Quando os pais não estão em casa eu converso melhor com os adolescentes. Tem pais que me ouvem e eu os oriento a conversarem com seus filhos sobre sexo. Tem outros que são mais antiquados e que não gostariam que a gente conversasse sobre esse assunto. Eles pensam que se os filhos ficarem cegos quanto a isso, não terão interesse; acham que falar estimula. (ACS 8)*

Esses relatos mostram que o adolescente muitas vezes não tem encontrado na família apoio e orientações. A coibição da sexualidade por parte da família torna a conversa entre pais e filhos proibida e, nessa perspectiva, o adolescente passa a ter medo, receio e vergonha de falar sobre seus desejos, suas experiências e principalmente suas dúvidas. Isso pode resultar na sua exposição a situações de risco, pela falta de informação e por não saber lidar com a própria sexualidade, e isso só é percebido muitas das vezes na ocorrência de uma gravidez ou DST.

A perda da virgindade, sobretudo das adolescentes ainda é um tabu e falar sobre o assunto chama atenção para algo que deveria estar adormecido. De acordo com Tomita e Ferrari (2007, p. 44), a perda da virgindade antes do casamento foi e ainda é em alguns lugares uma transgressão grave e “resquícios desse pensamento, ainda pode prevalecer, como um padrão imposto pela religião e sociedade”.

Boa parte dos pais ainda criam suas filhas com a ideia de que elas vivenciarão sua sexualidade a partir da maioridade ou a partir do casamento, momento em que isso será socialmente permitido, e quando eles acreditam que os filhos estarão preparados para tal. Segundo Gimenes e Ribeiro (2001, p. 48), “práticas sexuais geram desconfiança e causam medo. A filha deixa de ser aquela menina e torna-se mulher, com as mesmas possibilidades, inclusive de engravidar”. Não se deve negar a sexualidade dos filhos, pautando-se a índole de seus filhos e seus pares devido a um idealizado “bom comportamento”, ou seja, o filho obediente ou aquele que se relaciona com alguém com “bom comportamento” social não “transa”, como descreve o relato a seguir.

*Tem pais que falam que a filha está namorando, mas que o rapaz é honesto. Têm pais que não aceita de jeito nenhum que as filhas tenham relação sexual e que receba preservativo achando que isso vai induzir, mas eu tenho conseguido reverter esse quadro em algumas famílias. Eu digo: já pensou se a sua filha engravida ou pega alguma doença séria pra senhora cuidar? Não é pior? Quando as famílias são evangélicas o impacto é muito maior, pois eles acham que a gente está estimulando. (ACS 12)*

Outro aspecto levantado nesse depoimento é a religiosidade da família, já que as igrejas cristãs, de um modo geral, não são a favor do sexo antes do casamento. No entanto, as crenças religiosas não devem interferir nas questões educativas, tampouco negar a sexualidade seja lá qual for a faixa etária. Tomita e Ferrari (2007) referem que a valorização positiva da virgindade e a proibição das relações sexuais fora do casamento representam padrões de educação sexual que foram combatidos a partir da década de 70 do século passado e a partir daí os jovens foram empurrados para o sexo como forma de exercer esse direito.

A participação da família no processo de educação sexual dos adolescentes, contudo, é uma preocupação presente na prática profissional, como pode ser evidenciado nos depoimentos seguintes.

*A minha maior preocupação é saber se eles têm uma família por trás, se há apoio da família, se está iniciando uma vida sexual sem o conhecimento dos pais. (Enfermeira 3)*

*Eu penso que a educação sexual deve ser trabalhada com o adolescente junto da família para que todos recebam as orientações e informações que precisam. (AE 1)*

De acordo com os profissionais entrevistados, algumas famílias já se mostram abertas a esse diálogo e por não saberem como tratar do assunto vão em busca de orientações sobre o que fazer e do apoio dos profissionais da equipe, tomando uma postura mais tolerante e permissiva para com o despertar da sexualidade dos seus filhos. De acordo com Oliveira *apud* Tomita e Ferrari (2007), o posicionamento dos pais em relação ao tema será decisivo nas atitudes dos filhos em relação à sua sexualidade.

*Algumas vezes as próprias mães me procuram e falam e perguntam o que devem fazer. Pedem que eu oriente suas filhas. Então eu procuro inseri-las no programa. (ACS 7)*

A maioria dos diálogos que acontecem nas famílias sobre sexualidade estão direcionados à higiene no período menstrual e as advertências quanto as DST/Aids, pois a maioria dos pais não reconhecem que os filhos necessitam de informações objetivas para que adotem postura de responsabilidade sobre seus atos (COSTA *et al.*, 2001). As manifestações da sexualidade se fazem presentes desde a infância e sofrem influências dos livros da escola, da televisão, internet, das revistas, dos familiares e amigos, através de manifestações que chamam a atenção para o erotismo (MIRANDA *et al.*, 2009). Neste sentido é indispensável o envolvimento das famílias nesse processo, a fim de iniciar discussões sobre sexualidade



dentro de casa, logo cedo, junto às crianças de acordo com o entendimento das mesmas, para que ao atingirem a adolescência não se sintam intimidadas e temerosas a conversar com os pais sobre suas dúvidas. Quanto mais precoce forem implementadas ações educativas, maiores serão as oportunidades de adoção de práticas responsáveis por parte dos adolescentes.

#### **4.1.4 A sexualidade na adolescência tratada sem preconceitos e julgamentos**

É preciso estar atento e sensível às necessidades e às particularidades da vida do adolescente. Esse período de transformação traz consigo novas experiências, novos saberes e o despertar para a sexualidade. Os profissionais que atuam com essa população precisam estar despidos de preconceitos, de forma acolhedora, apoiando nesse momento que para ele pode ser assustador (HERCOWITZ, 2006).

Com relação à maneira como os profissionais de saúde percebem a sexualidade na adolescência foi possível verificar a divergência de opiniões nos discursos dos entrevistados evidenciados nas seguintes falas:

*Eu acho o sexo na adolescência uma aberração. Não é um princípio de família. Acho que falta orientação da família nesse sentido. (TE 5)*

*Procuro não emitir opiniões preconceituosas, fazer julgamentos ou reprovações pelas atitudes deles nessa fase. (Enfermeira 1)*

Enquanto uns profissionais referem o exercício da sexualidade na adolescência como um processo natural do amadurecimento, outros consideram o despertar para a sexualidade nesse período como precoce e indevido. Segundo Moreira e Folmer (2011), é preciso estar atento e receptivo para tratar do tema sexualidade com naturalidade quando ele surge, a fim de proporcionar momentos de diálogo, em que o adolescente sinta-se à vontade para falar de suas experiências.

A forma como os profissionais encaram o exercício da sexualidade na adolescência é decisiva na abordagem do adolescente e os que se mostram positivos a essa temática procuram tratar do assunto com naturalidade, sem imposição de valores ou julgamentos e estabelecem um vínculo mais fortalecido. De acordo com Reato (2006, p. 82), “o profissional que atende adolescentes não deve adotar posturas preconceituosas e deve se respaldar por valores de saúde”. A abordagem da temática deve considerar sempre que os adolescentes vivem ou em breve viverão a sua vida sexual.

*É difícil, tem muito tabu, eles têm muita vergonha de falar sobre sexo, é mais fácil falar com as meninas, apesar de que elas não querem ficar falando sobre suas intimidades com um homem. Primeiro eu vou puxando conversa, pergunto idade, nome, pergunto se está estudando..., até entrar no assunto, aí eu pergunto se já está mantendo atividade sexual, se usa preservativo... Procuro tratar de um jeito bem natural. (ACS 11)*

*Quando vou a casa deles pergunto se já iniciou as relações sexuais, se ainda é virgem... De forma bem natural e bem direta. (ACS 2)*

Também detectamos entre alguns entrevistados opiniões talvez preconceituosas, disfarçadas nos discursos, como pode ser percebido através dos seguintes depoimentos:

*Eu chego e converso. Digo que é bom namorar, mas que não é preciso namorar e fazer uma criança. (ACS 12)*

*Como pessoa eu penso que o sexo só deveria acontecer depois do casamento, mas como médico eu encaro o sexo na adolescência como um processo natural e que precisa ser bem trabalhado para ocorrer de forma responsável. Faço as orientações com o cuidado de não estimular e sim preparar. Procuro não ser preconceituoso, nem julgá-los. (Médico 3)*

Falas como essas expressam o preconceito existente em relação ao sexo durante a adolescência:

*Eu acho que hoje em dia estão começando muito cedo e sem orientação. Se eles tivessem orientação não teria tanta adolescente grávida. Tem adolescente de 10 anos grávida, e eu acho que não são nem adolescentes, são crianças. Querem fazer uma coisa que não têm conhecimento, aí é só problema. Os pais é que vão criar a criança, já saem da escola, não vão estudar mais. Acho que a partir dos 16 anos eles já têm uma boa maturidade para manter relação sexual. (ACS 13)*

Todos os profissionais que trabalham com adolescentes são capazes de contribuir para a adoção de medidas preventivas, e para isso precisam se despir de preconceitos. Para que haja a promoção de uma educação sexual de qualidade, além da empatia para tratar do assunto, se faz necessário que o educador o trate com naturalidade e seja conhecedor de alguns conceitos e características inerentes a sexualidade humana.

## 4.2 Ações de Educação Sexual para o Público Adolescente

Quanto às ações de educação sexual que são realizadas pelos profissionais membros das equipes de saúde da família para os adolescentes, as falas mencionam que estas podem acontecer tanto de maneira individualizada quanto coletiva, na unidade de saúde e na comunidade. Envolvem principalmente enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde, cada um dentro de suas competências. De acordo com Oliveira *et al.* (2013) as ações de promoção à saúde podem oferecer saúde e qualidade de vida à população, e quando orientadas aos adolescentes, podem prevenir doenças e riscos à saúde desse público.

### 4.2.1 Orientações durante as consultas de enfermagem e médicas

Podemos observar que a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes pelas equipes de saúde da USF Ernandes Índio é realizada principalmente através de consultas de enfermagem e, em menor frequência, consultas médicas, de acordo com a procura do serviço feita pelos próprios adolescentes, pelos pais ou responsáveis e também através dos encaminhamentos realizados pelos ACS, como pode ser verificado nos discursos dos entrevistados. Tal situação é corroborada pelo estudo de Hora *et al.* (2008), em que identificou que 51% das iniciativas de procura dos serviços de saúde para o atendimento ao adolescente acontece por iniciativa própria dos adolescentes e de seus pais. A atuação dos ACS e dos técnicos de enfermagem das equipes é importante na identificação e encaminhamento dos usuários adolescentes para o atendimento na USF.

*Eu nunca inicio esse assunto, a não ser que me perguntem. Tem uns adolescentes que chegam e fazem perguntas aí nesses casos eu encaminho para a enfermeira, já que para o médico é preciso agendar consulta. (TE 3)*

*Elas perguntam que métodos devem usar, às vezes tem queixas de corrimento, eu converso com ela e digo que é preciso conversar com a enfermeira e eu mesmo encaminho. (ACS 2)*

*Já apareceu aqui adolescente grávida de 13 ou 14 anos acompanhada pela mãe. Só que eu não falei sobre o assunto. Cabe ao médico ou a enfermeira abordar sobre isso. (TE 5)*

Não houve relatos quanto à participação dos pais ou responsáveis nos encaminhamentos dos adolescentes para as consultas, com vistas a iniciar o trabalho educativo de prevenção à saúde sexual e reprodutiva. Os atendimentos individuais dos enfermeiros aos adolescentes, majoritariamente as do sexo feminino, estão vinculadas a atividades como planejamento familiar, coletas de material para exame preventivo de câncer cérvico-uterino e pré-natal. Esses momentos são aproveitados para iniciar as orientações sobre temas relativos à educação sexual, mas não contemplando todos os aspectos necessários à abordagem da temática. Isso revela a influencia das questões de gênero nesses atendimentos. Nas unidades de saúde são os enfermeiros, mulheres em sua maioria, que absorvem as demandas oriundas do programa saúde da mulher, por essa razão a grande parte de seus atendimentos são com a população feminina.

*Geralmente esse atendimento está associado ao planejamento familiar quando elas vêm em busca de algum método, aí eu já aproveito e faço orientações em relação às DST e essas coisas. Somente com as meninas. Não trabalho com meninos. (Enfermeira 3)*

*Nas consultas eles chegam aqui, mas não é nada programado, mas como atendo demanda espontânea sempre absorvo esses adolescentes. Faço muito o trabalho educativo com as grávidas na expectativa que gestação não se repita novamente durante a adolescência. (Enfermeira 2)*

Diferentemente dos enfermeiros que atendem demanda espontânea de adolescentes para a realização do trabalho educativo, a consulta médica aos adolescentes acontece quase que exclusivamente através de agendamentos, exceto nas situações de encaixe, já que as demandas de atendimentos clínicos para esses profissionais são maiores. Os médicos referiram que fazem as orientações dos adolescentes durante as consultas, independente de o mesmo já ter iniciado as relações sexuais.

*Sou bem direto. Abordo o assunto no atendimento a todos os adolescentes, seja qual for o motivo da consulta. Vejo esses momentos como oportunidades que não podem ser desperdiçadas. Realizo orientações sobre prevenção de DST, gravidez e métodos anticoncepcionais. Faço isso mesmo antes de o adolescente iniciar a vida sexual, para que o mesmo tenha noção de prevenção e possa começar a sua vida sexual de forma segura. (Médico 3)*

*Sempre que atendo um adolescente vou logo ao assunto. Inicio perguntando se já iniciou a vida sexual e a partir daí dou as*

*orientações necessárias sobre métodos contraceptivos e DST e a importância do uso do preservativo. (Médica 1)*

*Na consulta começo primeiramente fazendo um interrogatório com eles. Classifico segundo o risco, relacionado com a conduta dele na sociedade, no lar, na escola, e também tomo em conta a conduta sexual, se ela é virgem ou se já teve a primeira relação sexual. (Médica 2)*

De acordo com Reato (2006), na consulta médica do adolescente é fundamental que se tenha: visão global da saúde conhecida através de anamnese completa em diversos aspectos; relação médico-paciente diferenciada em que o adolescente seja respeitado como sujeito de direito; e sigilo e confidencialidade. O sigilo profissional no atendimento ao adolescente deve ser garantido por todos profissionais e é assegurado por lei, como anteriormente explicado.

Os serviços de saúde precisam estar organizados a fim de garantir ao adolescente facilidade no acesso e que sejam utilizadas estratégias de atendimento a esse público na unidade de saúde e também na comunidade, de modo a captar esse público o mais precoce possível, não limitando a atenção à saúde do adolescente a consultas, oferecendo também visitas domiciliares, acolhimento, atividades grupais educativas e de promoção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

As consultas sejam elas médicas ou de enfermagem, e independente do que a motivou, representam um momento privilegiado e uma oportunidade de iniciar as ações de educação em saúde. Resumir o atendimento do adolescente à resolução de sua queixa ou problema de saúde não favorece a relação profissional-paciente e não assegura a continuidade. O adolescente precisa ser acolhido. Trata-se de uma oportunidade de conhecer seus hábitos, valores, e até mesmo levantar os seus conhecimentos, valorizando-os nas intervenções. Muitas vezes o tempo destinado às consultas é ocupado com aspectos relacionados a outras questões, para em um segundo momento, quando considerado apropriado, realizar orientações em relação à sexualidade (COSTA *et al.*, 2001).

A integralidade da assistência não foi citada em nenhum momento pelos profissionais entrevistados. Ainda persiste entre os profissionais que o educar para a sexualidade está voltado a preparar o adolescente para prevenir DST, gravidez e ensinar a usar métodos contraceptivos.

#### 4.2.2 Educação sexual na prática do agente comunitário de saúde

A ESF compreende novo modelo de atenção à saúde que tem como foco principal à atenção à saúde não apenas do indivíduo, mas de toda família e comunidade. Inseridos nessa estratégia se destacam os ACS como profissionais integrantes das equipes de saúde que fazem o elo entre o serviço e as famílias, cujas ações têm como objetivo principal a promoção à saúde. Ao analisar as potencialidades deste profissional na Atenção Básica (AB), Pinto e Fracolli (2010, p. 767), evidenciaram que o trabalho do ACS é “fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida”. Isso se faz possível por meio das ações de educação em saúde que podem e devem ser desenvolvidas na práxis desses profissionais, pautadas na ética, no vínculo e compromisso profissional para com aqueles que o procuram.

Nessa relação é de extrema importância que exista confiança, atenção e respeito e isso se dá à medida que as necessidades dos indivíduos são atendidas. Para isso o ACS precisa conhecer a sua comunidade e identificar as situações de risco para então intervir. Faz parte do seu trabalho a atenção à saúde da família no domicílio e comunidade, e também o acompanhamento de diversos grupos entre eles os adolescentes.

A atuação desses profissionais junto aos adolescentes se faz muito presente e participativa. De acordo com Brasil *et al.* (2013, p. 35),

(...) o ACS é o trabalhador que possui maior conhecimento das situações de vida dos adolescentes, desempenha suas funções de maneira mais ajustada à realidade vivenciada na comunidade onde atua, bem como se constitui como referência em cuidado e saúde mediante a relação de confiança e vínculo com adolescentes e familiares. A relação de confiança entre adolescentes e ACS aponta para um importante caminho a ser seguido na prática do cotidiano, uma vez que facilita o cuidado com esse grupo e, além disso, favorece a adesão destes quanto às orientações recebidas pelos agentes de saúde.

A confiança estabelecida entre esses dois atores se constitui como um relacionamento rico, e a participação do ACS na abordagem das questões de sexualidade pode ser observada nas falas dos entrevistados:

*Como eu sou moradora do bairro e estou nessa área há algum tempo, eles sentem confiança e ficam mais a vontade para fazerem perguntas e tirar dúvidas, então eu aproveito para ir me aprofundando. Mas isso só acontece por que eles já me conhecem. (ACS 7)*

*O vínculo e a amizade favorecem a nossa relação. Tem coisas que eles não falam com as mães, mas falam com a gente. Se sentem muito à vontade pra conversar. (ACS 3)*

Outra questão é a orientação focada no problema, como por exemplo a conduta diante de determinadas queixas, mas não assumindo o seu papel educador de forma mais efetiva:

*Tem uma moça na minha área que está com suspeita de DST e me confidenciou isso. Nem a família dela sabe. A única coisa que eu podia fazer era orientar ela a procurar o médico. (ACS 6)*

*Uma vez o adolescente me mostrou o pênis, acredito que ele estava com uma DST. Encaminhei-o pra unidade de saúde. (ACS 3)*

Esses momentos de demonstração de extrema confiança do adolescente para com o ACS poderiam ter sido aproveitados para aprofundar e ampliar a discussão e fazer as orientações cabíveis nesse momento, a partir da investigação do conhecimento e práticas dos adolescentes em relação à vida sexual e reprodutiva. E por ambos os casos tratarem de uma suspeita de DST, poderiam ter sido oferecidos preservativos e orientações quanto o seu uso correto, além de divulgar os testes rápidos para DST disponíveis na USF. Essa iniciativa poderia fortalecer mais ainda a sua relação com o adolescente para que outros assuntos fossem abordados num segundo momento.

Em relação aos temas mais abordados por esses profissionais em seu cotidiano com os adolescentes, percebemos que o seu discurso está pautado no modelo biomédico, numa visão fragmentada das questões de saúde. Através das falas dos ACS entrevistados percebemos que na prática de alguns profissionais as ações de educação sexual por eles desenvolvidas priorizam a doença e se distanciam dos aspectos preventivos e de promoção à saúde.

A iniciativa de abordar a temática somente a partir do momento que detectam o início da vida sexual ativa não protege o adolescente dos riscos a que eles podem estar expostos. Algumas falas evidenciam a sua preocupação para a abordagem precoce do tema.

*Eu não preciso saber que o adolescente transa pra conversar com eles sobre sexualidade. Faço isso sempre que tenho oportunidade. (ACS 10)*

Segundo Tomita e Ferrari (2007), quando mais cedo se iniciarem as conversas sobre sexualidade, menores são as chances da iniciação precoce e de problemas a ela relacionados e

que a melhor idade para iniciar essa abordagem é a escolar. Esse entendimento por parte dos ACS demonstra o quanto ele reconhece a importância do seu papel educativo nesse momento.

A visita domiciliar desponta como a principal estratégia para abordar essas questões. Esse é o momento em os adolescentes em sua maioria estão sozinhos em seus domicílios e se sentem à vontade pra conversar. Pinto e Fracolli (2013) destacaram a visita domiciliar como a principal atividade do ACS, no entanto as orientações mais comuns nessas atividades não contemplam os adolescentes, mas se referem a cuidados de higiene, vacinação infantil, cuidados com recém-nascidos, puérperas e gestantes, e também sobre o uso correto das medicações.

*Quando eu vou a casa deles aproveito para perguntar se já iniciaram a relação sexual, se sabe prevenir, de uma forma bem natural pra que eles se sintam a vontade. (ACS 2)*

*Quando os pais não estão em casa eu converso melhor com eles. (ACS 8)*

*Eu aproveito as visitas domiciliares pra conversar com eles. É mais fácil encontrá-los em casa e a gente tem mais privacidade. (ACS 10)*

*Quando eu estou só com o adolescente na casa dele eu falo: por mais que você não queira que sua mãe saiba é preciso se prevenir. E assim eu vou conversando e o assunto se prolonga em outras visitas. (ACS 8)*

A distribuição de preservativos faz parte do seu cotidiano e representa uma das principais estratégias de trabalho junto aos adolescentes.

*Nós temos muito preservativo na unidade. Eu distribuo camisinha tanto para os adolescentes da minha área, quanto para os de outra. Eu distribuo camisinha na rua. (ACS 3).*

*Eu sempre levo na minha bolsa camisinha pra entregar para os adolescentes. (ACS 12)*

De acordo com Tomita e Ferrari (2007), a não adesão dos adolescentes ao uso do preservativo está relacionada não somente à dificuldade de acesso, mas também à sua incapacidade de convencer seus parceiros sobre a importância do uso. Nessa perspectiva, fica claro que não basta o que o preservativo seja oferecido, o adolescente precisa estar sensibilizado quanto à importância do seu uso e como negociar isso junto ao seu parceiro.



Quando questionados sobre o que os motivava a falar sobre sexualidade a maior parte dos entrevistados responderam que é a gravidez na adolescência.

*Eu procuro falar sobre esse assunto pelo fato de eu observar muita adolescente grávida. São meninas de 12, 13, 14 anos... Entendo que essas adolescentes precisam ser orientadas pra ver se isso muda. É muita criança cuidando de outra criança. (ACS 11)*

*O principal motivo de eu iniciar essa conversa com os adolesceste é que no bairro tem muitas grávidas. A gravidez na adolescência me chama muita atenção. (ACS 12)*

Esses relatos revelam a percepção negativa destes profissionais em relação à gravidez na adolescência. Esse pensamento está de acordo com a ideia de Altmann (2007), que numa perspectiva social a gravidez na adolescência é vista como algo que poderia arruinar a vida e o futuro das jovens. Por isso a gravidez na adolescência é considerada por muitos como precoce.

No que diz respeito às suas competências junto à população adolescente, o Ministério da Saúde (2009b) salienta que esse profissional tem como responsabilidade reconhecer os adolescentes de sua área de abrangência e planejar suas atividades, considerando que é de extrema relevância a orientação quanto à vacinação, à sexualidade (DST/Aids, anticoncepção e gravidez), ao uso de álcool e outras drogas, à importância da educação, à violência e acidentes, aos riscos no trânsito, à atividade física e saúde, aos hábitos saudáveis, à saúde bucal.

Dessa forma, a relação de confiança entre ACS e adolescentes constitui um importante instrumento no trabalho de educação sexual e pode representar um caminho a ser seguido no alcance das ações de educação sexual para atingir essa população, possibilitando o cuidado a esse grupo a partir da sua adesão às orientações dadas pelos mesmos. Portanto, faz-se necessário investir na capacitação desses trabalhadores de forma a melhor prepará-los para atuarem junto à população adolescente de forma integral, para que as ações de educação sexual sejam oferecidas de forma a atender as suas necessidades.

#### **4.2.3 Atividades educativas em grupo com adolescentes**

As ações coletivas são desenvolvidas em grupos de adolescentes e grupos de adolescentes com pais e/ou responsáveis com enfoque no planejamento familiar. Elas visam a prescrição de métodos contraceptivos, gravidez na adolescência, prevenção de DST,

distribuição de preservativos e orientações sobre o seu uso correto e grupos de planejamento familiar com a participação de toda a comunidade.

Observamos que são restritas as programações de ações específicas para adolescentes oferecidas pelas equipes de saúde. Apesar da maioria dos profissionais informarem que planejam e executam atividades de educação em saúde para os adolescentes dos bairros assistidos pela USF, não foi verificada essa programação com regularidade nas agendas de todas as equipes, como pode ser observado nos seguintes relatos:

*Nós temos um cronograma que é feito pela enfermeira. Nem toda vez dá pra inserir o grupo de adolescente, mas ela se esforça para incluir no cronograma do mês. (ACS 8)*

*As atividades acontecem trimestralmente. Tentei realizar mensal, mas não consegui a adesão que eu precisava. Iam adolescentes diferentes, grupo muito pequeno e eu não alcançava o objetivo que era a continuidade. (Enfermeira 2)*

Alguns entrevistados afirmaram que não trabalham com grupos de adolescentes, limitando o trabalho educativo às consultas ou orientações durante a prática cotidiana na USF:

*Não faço grupos. Atendo os adolescentes somente quando eles vêm na unidade. (Enfermeira 3)*

*Antigamente eu tinha um grupo de adolescentes, há uns dois anos. Aí eu mudei de área e não consegui dar continuidade. (ACS 12)*

*Não há programação específica para adolescentes. Se eles chegam pra consulta eu oriento. (Médico 3)*

Existe um consenso entre os profissionais quanto aos temas que precisam ser trabalhados na educação sexual, e a sua pouca ampliação limita a efetividade desse trabalho:

*Fazemos palestras educativas com eles, com os pais, e informativos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (Técnica de enfermagem 1)*

*A gente orienta a questão dos métodos contraceptivos, uso dos preservativos, prevenção da gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e solicita exames laboratoriais específicos. (Enfermeira 1)*

*Devemos orientar sobre métodos contraceptivos, prevenção de drogas e gravidez, principalmente gravidez na adolescência que o que está acontecendo muito. (ACS 1)*

*Realizo consultas médicas e participo das atividades de grupo em que trabalhamos a questão da gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e entregamos preservativos. (Médica 1)*

Durante a observação de campo foram acompanhadas cinco atividades coletivas. Destas, apenas duas destinavam-se exclusivamente ao público adolescente e foram oferecidas por equipes distintas, que falaram sobre os temas: prevenção de DST com ênfase ao uso do preservativo e prevenção de gravidez com ênfase ao uso de métodos anticoncepcionais, utilizando-se de abordagem e estratégias direcionadas para a faixa etária.

Na primeira temática apresentada foram enfatizados os aspectos clínicos das DST, como modo de transmissão, sintomas e prevenção através do uso correto do preservativo, além da distribuição dos mesmos, enquanto que no tema sobre prevenção de gravidez ressaltou-se os variados métodos de contracepção e a prescrição dos mesmos de acordo com o perfil de cada adolescente. Os outros três grupos de educação em saúde observados trataram de temas semelhantes, incluindo o planejamento familiar, no entanto, foram oferecidos ao público em geral de todas as idades e tiveram a participação de adolescentes, do sexo feminino em sua maioria e que já eram mães. Percebemos que essa não é uma estratégia adequada para alcançar o público adolescente.

Nos grupos que tiveram a participação apenas de adolescentes, notamos uma maior presença de jovens do sexo feminino e que ainda não tinham engravidado em busca de informações e métodos preventivos em relação aos do sexo masculino. Em seu estudo, Hora *et al.* (2008) identificou a necessidade de ampliação dos serviços ofertados por um centro especializado em adolescentes, sobretudo os do sexo masculino, com o objetivo de desenvolver processos educativos, fundamentados numa perspectiva de equidade de gênero e relações sociais.

Os diálogos e os questionamentos nas atividades observadas, apesar de tímidos, foram bem mais produtivos nos grupos com participação exclusiva de adolescentes em relação ao grupo com a participação de adultos. Para Costa *et al.* (2001), durante uma atividade em grupo, nem todos verbalizam com facilidade, um aprende com o outro, uns falam mais que os outros, mas todos conseguem aproveitar.

Também é possível identificar nos relatos que podem ser trabalhados tanto de forma individual como coletivamente, na unidade de saúde, nas visitas domiciliares e locais de apoio dentro da comunidade, ou até mesmo em ambientes públicos:

*A gente desenvolve vários tipos de ações, incluindo orientações sobre como usar o preservativo, também orientações sobre gravidez na adolescência. Algumas vezes eu já aproveito pra fazer nas visitas domiciliares, pois como é difícil eles aparecerem nas atividades de grupo pra dar esse tipo de orientação, é mais fácil encontrá-los em casa ou até mesmo na rua. (ACS 10)*

*As atividades acontecem nas igrejas em que temos parcerias. (Técnica de enfermagem 2)*

*Eu no meu caso distribuo camisinha na rua. (ACS 3)*

Quando questionados sobre o planejamento das ações a maioria dos profissionais referiu que as programações são resultado de uma decisão da equipe, que podem ser tomadas a partir das demandas da comunidade:

*A gente faz reuniões com todos os membros da equipe pra definir estratégias e em que tipo de situação a gente vai atuar, tanto nas ações preventivas, com nos tratamentos quando necessário. De uma maneira geral a gente procura saber o que está acontecendo na comunidade pra poder intervir. (TE 2)*

*A programação é feita mensalmente pela equipe em reuniões e as atividades são incluídas no cronograma de atividades. (ACS 11)*

*Para a programação de grupo, a gente define nas reuniões de equipe como será a programação, que temas serão abordados e como. Esses grupos acontecem uma vez ao mês e utilizamos o espaço de uma igreja no bairro. As palestras são dadas pela enfermeira, médica e dentista (ACS 1).*

Apesar de grande parte dos discursos relatarem planejamento conjunto em equipe, uma menor parte refere não ter esse tipo de organização e sim intervenções de acordo com as demandas recebidas:

*Não existe programação específica para o adolescente. Se a mãe vier trazer e acompanhar a gente faz, mas específico voltado para eles não. Já teve algumas tentativas, mas não teve adesão. (Enfermeiro 1)*

*No momento não estamos fazendo grupos de adolescente, nem planejamento pra isso. (ACS 9)*

No entanto as equipes que realizam grupos de adolescentes e ações de educação sexual coletivas referem que o planejamento dessas atividades é realizado em conjunto, durante as reuniões técnicas das equipes, buscando inserir todos os membros para definição da temática

a ser abordada levando-se em consideração as problemáticas enfrentadas pelos adolescentes e de maior relevância no período.

*As nossas ações são programadas. A gente faz reunião com todos os membros da equipe para definir estratégias e em que tipo de situação a gente vai atuar, tanto nas ações preventivas quanto no tratamento quando necessário. De uma maneira geral a gente procura saber o que está acontecendo na comunidade pra poder intervir. (Técnica de Enfermagem 2)*

*Uma vez no mês a gente sempre procura fazer reunião com os adolescentes. Levamos vídeos legais pra eles assistirem, pra servir de exemplo, pra mostrar as doenças. Nos reunimos em equipe pra discussão das demandas e então fazemos o planejamento das atividades. (ACS 1)*

Souza *et al.* (2007) afirmam que, para a realização de um trabalho grupal, é fundamental um planejamento minucioso a partir das necessidades e características do grupo que será trabalhado. Quando o foco do trabalho é a população adolescente, o sucesso na atividade está intrinsecamente relacionado à confiança que se estabelece entre estes e o coordenador do grupo.

Quanto aos procedimentos utilizados no trabalho coletivo realizado pelas equipes nas cinco atividades observadas, estes tiveram a duração de duas a três horas cada um, entre palestra educativa – uma exposição oral sobre o assunto -, demonstrações, discussões, esclarecimentos de dúvidas em grupos e consultas. A utilização de recursos didáticos visuais tais como: álbuns seriados, folders explicativos, modelos de aparelho genital masculino e feminino, diafragma, amostras de anticoncepcionais, dispositivo intrauterino (DIU), preservativos masculinos e femininos, fizeram parte de todas as dinâmicas de apresentação e alguns itens puderam ser manuseados pelos participantes. Observamos uma maior curiosidade por parte dos adolescentes em relação às ilustrações das doenças e aos materiais exibidos. A utilização desses recursos faz parte do processo de trabalho das equipes, como corrobora algumas falas dos entrevistados:

*Quando eu tinha o grupo, me planejava, levava material, preservativos e álbum seriado. A enfermeira ia comigo. (ACS 12)*

*A gente convoca os adolescentes para as palestras educativas, leva folders, preservativos, anticoncepcionais e materiais com ilustração para fazer o trabalho. (ACS 5)*

Percebemos a importância de usar recursos didáticos adequados para a realização das atividades educativas, visando o aumento da participação dos adolescentes. De acordo com Moreira e Folmer (2011), a utilização de uma cartilha com ilustrações, perguntas e respostas e textos escritos com linguagem simples, construída a partir das necessidades dos próprios adolescentes, facilita a compreensão e contribui para o esclarecimento de dúvidas sobre sexualidade e a prevenção de DST.

Em todas as cinco atividades observadas, o grupo foi conduzido prioritariamente pelos enfermeiros, responsáveis pelas palestras e apresentação dos temas, e em um segundo momento, pelos médicos, através da participação na apresentação e em atendimentos individuais para consultas e prescrição de métodos anticoncepcionais de acordo com o perfil de cada adolescente. Notamos que os demais membros das equipes, como ACS, dentistas, técnicos ou auxiliares de enfermagem, apesar de estarem presentes, não participaram das explanações, mas atuaram na organização e condução dos grupos e em atividades relacionadas a sua área de atuação.

A linguagem adotada pelos palestrantes durante os grupos foi coloquial-informal, adequada para a compreensão dos adolescentes sobre os temas em questão, com falas simples e utilização de termos adotados pelos mesmos no seu dia-dia, tornando a atividade mais dinâmica, descontraída e participativa. De acordo com Silva e Rannã (2006, p. 24), quando o profissional se expressa através de “linguagem simples, clara e objetiva, dá um grande passo para facilitar a comunicação, permitindo mais proximidade e possibilitando a criação de vínculo afetivo”. Foram usados também termos técnico-científicos simultaneamente aos informais para ensinar os nomes corretos dos órgãos genitais internos e externos quando necessário.

Os locais em que aconteceram as ações estão localizados nas imediações da USF, como igreja, auditório de escola pública, pátio de associação de bairro e em consultórios na própria unidade, todos de fácil acesso para os adolescentes. A reserva do espaço é realizada antecipadamente pela equipe, junto aos responsáveis para não haver contratempos, no entanto nenhum dos locais dispõe de uma ambientação mais adequada para esse tipo de atividade. São salas quentes e com pouco espaço, ou barulhentas e com acomodações pouco confortáveis. As atividades não contaram com dinâmicas de grupo e isso não foi referido ou sugerido nos discursos dos entrevistados. Entretanto, Souza *et. al.* (2007) alertam que as dinâmicas de grupo têm o potencial de promover a interação entre os participantes, auxiliar na troca de experiências e incentivam as discussões.

O objetivo da observação de campo foi verificar *in loco* e melhor conhecer a prática das equipes de saúde nas ações de educação sexual com grupos de adolescentes, além de aprofundar algumas questões suscitadas durante as entrevistas, mas que não foram totalmente esclarecidas.

### 4.3 Conteúdos Abordados nas Ações de Educação Sexual

Sobre os conteúdos empregados na educação sexual dos adolescentes identificamos através das falas dos entrevistados, bem como durante as observações das atividades coletivas que a prevenção da DST/Aids e a ênfase no uso do preservativo, bem como a gravidez na adolescência e o estímulo ao uso de métodos contraceptivos correspondem às temáticas mais trabalhadas nas ações de educação sexual para o público adolescente. Esses temas são repetidos entre todas as categorias profissionais que integram a equipes de saúde da USF Ernandes Índio, como pode ser verificado nos depoimentos a seguir, não tendo suscitado dúvidas a sua pertinência nem havido sugestões de que estes pudessem ser eventualmente ampliados, incorporando outras questões:

*Eu acredito que a educação sexual aborda a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, primeira menstruação, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos. (ACS 11)*

*Prevenção de DST principalmente, num primeiro momento isso, depois sexo seguro e gravidez. Mas primeiramente eu me preocupo mais com a prevenção e pelas minhas experiências profissionais eu me preocupo muito com o HIV. (Enfermeira 3)*

*Acredito que envolve a prevenção de DST, gravidez na adolescência e métodos anticoncepcionais. (Médica 1)*

Em seu estudo, avaliando a utilização e o conhecimento restritos a temas biológicos na prática da orientação sexual, Silva (2011, p. 169) destaca que a abordagem da educação sexual

não se esgota nessas questões nem pode ter como horizonte apenas esses objetivos, mas o aprendizado de valores e atitudes que contribuam para a superação da alienação humana, a educação para a vida e para a cidadania e a felicidade.

Os relatos a seguir demonstram uma visão um pouco mais abrangente acerca das temáticas que podem ser desenvolvidas junto aos adolescentes, nas atividades de educação sexual, comprovando a ideia dessa autora (SILVA, 2011):

*Educação sexual, além de prevenção às DST, gravidez na adolescência, uso de preservativos, métodos anticoncepcionais, aborda também o início das relações sexuais para os adolescentes, pois muitos ainda pecam nesse início e acabam não iniciando de forma adequada, sem as devidas orientações e preparo. Ele precisa saber que a necessidade que ele tem é fisiológica. O sexo com os devidos cuidados é bom, pois é um momento de prazer. (TE 2)*

*A educação sexual aborda a sexualidade e como ter uma vida sexual sadia. (ACS 12)*

*As principais temáticas serem abordadas são: primeiro o conhecimento do próprio corpo, do seu funcionamento, de sua anatomia, aspecto relacionados às mudanças que podem acontecer em determinadas fases da vida e que correspondem a processos normais. Além disto, as doenças que podem ser transmitidas pela atividade sexual e que é muito importante o sexo seguro e responsável. (Médica 2)*

A maternidade e paternidade responsáveis não foi citada em nenhuma das falas. Essas ações se reportam à medicina tradicional, numa visão fragmentada do adolescente, com foco na resolução a partir dos problemas identificados, em que impera a transmissão de informações, focados nos problemas, não estimulando a reflexão para a transformação dos seus determinantes de saúde.

#### **4.3.1 Prevenção de DST/Aids com ênfase ao uso dos preservativos masculino e feminino**

A adolescência é um período da vida que se destaca pela sua hígidez e no qual, de uma maneira geral, se vivem as primeiras experiências sexuais. O crescente número de casos de DST e Aids entre os adolescente representa um problema de saúde pública, chama atenção para a não adesão ao uso dos preservativos e para a necessidade da adoção de medidas efetivas de prevenção junto a essa população. Em seu estudo, Taquette *et al.* (2011) afirmam que isso é decorrente do menor acesso a insumos de prevenção, serviços e tratamento, e pela oferta reduzida de serviços de referência para o atendimento ao adolescente.

A prevenção da DST/Aids através do incentivo ao uso do preservativo foi abordada durante a observação de campo das ações educativas realizadas e também foi citada durante as entrevistas como está descrito nos relatos a seguir:



*Nós realizamos palestras educativas para os adolescentes sobre o uso de preservativos e orientações voltadas à prevenção de DST. (TE 2)*

*É preciso orientar mais em relação às doenças sexualmente transmissíveis e sobre o uso da camisinha. Esse é um tema muito importante. (TE 4)*

*No grupo de adolescentes a maior abordagem é sobre prevenção de doenças. Não se fala muito sobre planejamento familiar. (ACS 8)*

Entretanto, não existem dados de DST/Aids em adolescentes atendidos nessa unidade que justifiquem a relevância de se tratar com tanta ênfase do tema em questão. A problemática da DST/Aids está presente no discurso dos profissionais e as orientações quanto à prevenção se fazem presentes a partir de um enfoque ao uso do preservativo. Uma prática comum é a oferta do preservativo masculino sem o conhecimento dos pais, a pedido dos adolescentes, respeitando a confidencialidade necessária nessa relação.

*A gente tem o cuidado para que a mãe não saiba que eles estão recebendo preservativos, mas como na minha área tem uma escola, eu passo na frente onde ficam muitos adolescentes, e eles me pedem. Eu entrego, pois isso é bom para eles se prevenirem das doenças. (ACS 12)*

*Eu falo pras adolescentes: Já que você tem medo que sua mãe perceba se eu trouxer a camisinha aqui na tua casa, vai lá na unidade e pega que tá liberado. Se previne! (ACS 8)*

Fica claro nessas falas que o caráter proibitivo, principalmente das mães quanto ao uso do preservativo, está relacionado à negação do exercício da sexualidade e aceitação da vida sexual dos filhos. Chauí, *apud* Gimenes e Ribeiro (2001, p. 53), explica que a

(...) repressão sexual pode ser considerada como um conjunto de interdições, permissões, normas, valores, regras estabelecidas historicamente e culturalmente para controlar o exercício da sexualidade.

O uso de material ilustrativo e escrito a fim de contribuir no entendimento dos adolescentes através da visualização das imagens de DST é uma estratégia usada pelos profissionais. Nos próximos depoimentos descrevem alguns dos instrumentos que utilizam com essa finalidade:

*Para aqueles que são mais abertos eu falo abertamente, e com aqueles que são mais tímidos eu levo um folder educativo e mostro as DST. Alguns falam que nem sabiam que existia isso. Ficam boquiabertos. (ACS 12)*

*Eu dou orientações sobre como usar a camisinha, sobre como prevenir as DST, falo muito sobre isso e entrego os panfletos de orientação, a cartilha do adolescente e os preservativos. Faço isso nas visitas domiciliares. (ACS 4)*

*No atendimento ao adolescente eu sempre uso um manual ilustrativo, dessa forma eles aprendem a reconhecer as DST, principalmente as que se caracterizam pelo aparecimento de lesões. Também fazemos isso nos grupos. (Enfermeira 3)*

Tão importante quanto os esclarecimentos dos aspectos clínicos das DST e o seu reconhecimento e a prevenção pela oferta do preservativo é a sensibilização do adolescente quanto à forma correta de usá-lo. Não basta fazer a entrega. Mesmo que a procura aconteça por parte do adolescente e ele demonstre intimidade com o preservativo, é importante uma investigação sobre como ele está sendo usado e com que frequência.

De acordo com Almeida e Hardy (2007), a descontinuidade do uso do *códon* acontece de acordo com o aumento da intimidade tanto entre adultos quanto entre adolescentes. E a interrupção do uso entre os adolescentes está relacionada principalmente ao descuido e negligência. Baseando-se nessa informação, podemos afirmar que o incentivo ao uso do preservativo é um exercício que precisa de continuidade.

O que percebemos nesses depoimentos é que as orientações e oferta do preservativo masculino estão diretamente vinculadas à prevenção de DST, sendo desconsiderado como também um método contraceptivo de barreira, individualmente ou através da dupla proteção, pela maioria dos profissionais. No entanto, no grupo em que foi trabalhado o planejamento familiar esse enfoque foi dado. Em seu estudo sobre a percepção da equipe de enfermagem sobre adolescência e sexualidade, Tomita e Ferrari (2007) identificaram que a maior parte dos profissionais considera o preservativo masculino e feminino como o método mais eficaz na prevenção de DST e gravidez, pela sua acessibilidade e praticidade.

Na USF estudada a oferta da camisinha masculina acontece de maneira desburocratizada e está disponível a qualquer pessoa, seja adolescente, adulto ou idoso, de ambos os sexos. Também é distribuída na comunidade, tanto na rua, como nas visitas domiciliares e também nas atividades de grupo, momento em que acontece a demonstração do uso correto pelos membros das equipes de saúde. Já a distribuição do preservativo feminino não é rotina. Isso se deve principalmente por dois motivos levantados: o pouco interesse dos usuários e a sua pouca oferta pela unidade de saúde. Quando há a procura, ela está relacionada à curiosidade principalmente das mulheres em experimentá-la.

### 4.3.2 Gravidez na adolescência com ênfase nos métodos contraceptivos

A adolescência se concretiza como um momento de descobertas, de sentimentos, motivações e necessidades que se manifestam pelo desejo de experimentar e descobrir o novo. Estudiosos acreditam que esse comportamento desbravador torna o adolescente mais vulnerável, sujeito a riscos que podem repercutir negativamente em sua vida atual e futura (TOMITA & FERRARI, 2007; BUROCHOVITH, 1992).

Dentre esses riscos destaca-se a gravidez que durante a adolescência acontece muitas vezes de maneira indesejada. Na USF essa é uma realidade bem presente, pois é frequente a presença de adolescentes grávidas à procura de atendimento.

*A gravidez na adolescência é o que mais traz o adolescente na unidade de saúde. A maior parte são adolescentes grávidas que vem fazer o pré-natal. (TE 1)*

Essas jovens em sua maioria comparecem à USF desacompanhadas, sem um parceiro (namorado/marido) ou familiar e assim permanecem durante todo os meses do pré-natal. Quando questionadas sobre a sua situação conjugal, revelam que convivem em união estável ou foram abandonadas pelos parceiros e sem apoio da família. Também é fácil perceber nessas jovens um comportamento acanhado, tímido e inseguro em relação à gravidez.

O conhecimento dessas adolescentes em relação aos métodos contraceptivos revela-se frágil, mas não são totalmente desconhecidos. Boruchovitch (1992, p. 438), afirma que “adolescentes são mal informados sobre os métodos anticoncepcionais existentes, porém a maioria é capaz de identificar pelo menos um desses métodos”. De acordo com Dembo e Lundel citados por essa mesma autora (p. 438), “um dos fatores associados ao não uso de anticoncepcionais na adolescência é a falta de conhecimento do adolescente acerca de questões sexuais”.

É na perspectiva de intervir nas dificuldades dos adolescentes quanto à anticoncepção na adolescência que as ações de educação sexual são desenvolvidas pelas equipes de saúde da USF estudada, segundo os entrevistados:

*Quando eu falo sobre educação sexual, faço orientações sobre gravidez na adolescência. (ACS 6)*  
*Fazemos grupos de adolescentes em que são oferecidos métodos contraceptivos. (ACS 11)*

*Nas visitas domiciliares se elas falam que já estão praticando eu oriento a usar o preservativo, sobre o planejamento familiar e encaminho à enfermeira para receber orientações melhores. (ACS 7)*

A temática gravidez na adolescência é trabalhada de maneira individual, durante os atendimentos e orientações e também coletivamente como pôde ser observado nessas falas. O método de barreira (preservativo) e o anticoncepcional hormonal oral e injetável estão disponíveis na USF Ernandes Índio para prescrição. Amostras de anticoncepcionais são apresentados durante os grupos, e também são realizadas orientações sobre a forma correta de uso. No entanto no que diz respeito à prescrição de anticoncepcionais o depoimento a seguir revela insegurança e falta de conhecimento dos profissionais:

*Tanto os médicos quanto os enfermeiros precisam estudar mais sobre a prescrição de anticoncepcionais para adolescentes. Eu tenho medo dos riscos. (Enfermeira 1)*

Não é incomum a prescrição de métodos que não são adequados ao perfil e comportamento dos adolescentes, o que pode resultar entre outras coisas na gravidez indesejada. É evidente que existe o interesse dos profissionais na realização dessas ações, no entanto, é necessário que estejam preparados para o manejo adequado de acordo com a individualidade de cada adolescente.

Ações educativas são necessárias no sentido de chamar a atenção para os riscos decorrentes de uma gestação, para o conhecimento acerca dos métodos existentes, bem como sensibilizá-los para a prevenção a partir da escolha responsável. Para Gherpelli (1996, p. 66), assim como a Aids a gravidez na adolescência se destaca como um dos grandes vilões da vida sexual desta população,

(...) por suas consequências na saúde e no desenvolvimento pessoal e econômico. Para combatê-los, nada como conhecer muito bem suas características, como agem e de quais recursos dispomos para entrar nesse combate. A partir daí, de acordo com as circunstâncias de vida de cada um, o jovem faz suas escolhas diante desse fato, monta sua estratégia e assume uma conduta. Parece fácil, mas é aí que se encontra o grande desafio do trabalho de prevenção.

Nesse sentido a ESF, pelo vínculo que estabelece junto aos adolescentes e suas famílias e o conhecimento que possui acerca das suas necessidades, tem potencial de ser um agente transformador dessa problemática. Isto a partir da educação preventiva, de forma

continuada, seja coletiva ou individualizada, com a finalidade de intervir nas influências biopsicossociais que dificultam o uso de métodos contraceptivos por essa população.

#### **4.4 Inexistência do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na USF**

A existência de serviços de saúde de qualidade representa um grande desafio para a melhoria das condições de vida e de saúde dos adolescentes. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), os serviços de saúde precisam estar organizados respeitando os princípios organizativos e operacionais do SUS. Para operacionalização das ações precisam ser consideradas a disponibilidade, a formação e a educação permanente dos recursos humanos, a estrutura física, os equipamentos, insumos e o sistema de informação, adequados ao grau de complexidade da atenção a ser prestada.

O diagnóstico e o planejamento das ações constituem a primeira etapa desse processo que deve acontecer a partir da avaliação de aspectos pessoais e sociais dos adolescentes, bem como das condições de atendimento nas unidades de saúde. Num segundo momento, a avaliação da equipe de trabalho e a inserção da educação permanente. Através do diagnóstico situacional é que se têm condições de captar o adolescente, através de estratégias como: visita domiciliar, atividades de grupo, divulgação interna e externa, a adoção de parcerias com escolas, igrejas, associações, entre outros. A recepção do adolescente e o acolhimento configuram-se como oportunidades de formação de vínculo. Ademais, o fluxo precisa ser bem definido como também a referência e contra referência desses adolescentes.

A seguir estão descritas as dificuldades e facilidades dos profissionais da ESF no acolhimento do adolescente em relação à educação sexual, bem como o conhecimento dos mesmos sobre as ações de atenção integral à saúde do adolescente previstas institucionalmente, levantadas durante o estudo e que serão consideradas para a elaboração de propostas de intervenção.

##### **4.4.1 Dificuldades e facilidades dos profissionais na abordagem do adolescente relacionadas à educação sexual**

Diversos são os caminhos que podem ser seguidos pelas equipes de saúde com o objetivo alcançar adolescentes, e atuar com uma visão holística de prevenção e promoção da saúde. A educação sexual se destaca como uma estratégia de intervenção com resultados

positivos dentro de uma perspectiva biopsicossocial. Ações desenvolvidas nesse sentido podem reduzir a situação de vulnerabilidade e riscos a que esses adolescentes podem estar expostos. Segundo Santos e Prado (2001), são elementos fundamentais no processo de educar para a sexualidade a utilização de estratégias que contemplam não somente o adolescente, mas sua família e comunidade, através da formação de uma rede de socialização que influenciem nas atitudes, nas percepções e comportamentos dos adolescentes.

A população adolescente se diferencia dos outros grupos de atenção à saúde e todos eles se distinguem entre si, sendo fundamental habilidade para atender cada um de maneira individualizada. No entanto, o estudo permitiu identificar que quando se trata de adolescente, e principalmente nas questões relacionadas à sexualidade, diversas são as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, independente de sua categoria profissional.

Falar sobre sexualidade não é tarefa fácil. De acordo com Tomita e Ferrari (2007), para trabalhar temas relacionados à sexualidade é preciso que o profissional se dispa de suas atribuições referentes à sua própria sexualidade para o desenvolvimento de ações preventivas. A falta de conhecimento acerca do tema manifesta profunda insegurança e mesmo que o profissional de saúde tenha interesse em atuar nessa frente, são carentes de capacitação específica e isso compromete a abordagem.

*Vou ser sincera, eu queria ser mais capacitada. Eu queria mais conhecimento. Quando a enfermeira faz grupo de adolescente eu fico admirada com o quanto que ela fala e com o conhecimento que ela tem. Eu não sei minhas colegas, mas eu sinto dificuldade de abordar assuntos de sexualidade, e outros também, por não ter capacitação. E também existe um pouco de desinteresse do adolescente. (ACS 8)*

*Eles são muito resistentes, eles não querem esperar, não querem acordar cedo, são retraídos. Eu como profissional tenho muita dificuldade, pois não tenho muito conhecimento. Não me sinto preparada, tem muitas questões que precisam ser abordadas e eu não tenho conhecimento. (TE 3)*

Nesse sentido, a educação sexual pode estar sendo trabalhada de forma subjetiva e de acordo com as concepções próprias oriundas de suas experiências pessoais. Segundo Costa *et al.* (2001, p. 223), os educadores despreparados técnica e metodologicamente para desenvolver a sexualidade, “transmitem aos adolescentes conceitos e representações próprias, sem levar em conta critérios científicos e éticos, necessários a formação do jovem”.

A falta de preparo profissional específico para essa abordagem, reflete diretamente na relação que se estabelece entre as partes, podendo torná-la superficial e pouco produtiva. A

timidez e vergonha, típica desse período de descobertas e talvez frutos de uma educação social e familiar repressora, comprometem mais ainda o diálogo e distanciam os adolescentes das equipes de saúde.

*Não é fácil, eles são muito arredios, ariscos, principalmente pra falar sobre suas intimidades. Trazê-los para os grupos é muito difícil, eles não participam. São muito resistentes, não consigo sensibilizá-los. (ACS 7)*

*A maior dificuldade é a inibição que eles sentem diante do profissional para falar sobre sexualidade. (Médica 2)*

*A gente sempre observa que eles sentem vergonha de fazer perguntas para esclarecer as suas dúvidas. O mais difícil é não saber o que eles querem, se calam e a gente não consegue ajudar. (ACS 1)*

A dificuldade do profissional em alcançá-los se traduz em relatos de falta de interesse do adolescente em se integrar ao serviço para atendimentos individuais ou coletivos, quando, na verdade, as estratégias adotadas não chamam a sua atenção e cria-se o conceito de que eles são desinteressados e pouco participativos. De acordo com Silva e Rannã (2006, p. 21) “no imaginário social, os adolescentes são desinteressados, rebeldes e até agressivos, um preconceito que reforça a intolerância”. Observamos nas falas a seguir alguns exemplos:

*É muito complicado, pois a gente marca as atividades e eles não comparecem. A gente precisa oferecer alguma coisa como, por exemplo, uma palestra com distribuição de brinde para que eles venham pra perto da unidade, caso contrário, preferem ficar em casa assistindo televisão, jogando videogame, namorando... (ACS 11)*

*Eles são muito dispersos, tem vergonha, não gostam de vir para consulta. (ACS 9)*

*Eu não tenho dificuldade em acolhê-los. A dificuldade está em eles comparecerem. Eles criam muitas barreiras, principalmente por acreditarem que vamos passar informações para seus pais. (Enfermeira 1)*

*Eu pessoalmente não tenho dificuldades pra trabalhar com adolescente sobre educação sexual. Eu acho o acolhimento aqui na unidade muito falho. Se o paciente chega atrás de um preservativo e encontra resistência não vem mais, fica com vergonha, tem resistência. (Enfermeira 2)*

Quanto às dificuldades dos profissionais de enfermagem em relação às ações de educação preventiva, Tomita e Ferrari (2007) identificaram em seu estudo que o desinteresse

do adolescente em participar das atividades realizadas pela unidade de saúde se destaca como uma das queixas mais frequentes e que 63% se consideram despreparados para falar sobre sexualidade. Fica claro a partir de todos os depoimentos que os profissionais e as equipes de saúde da família enfrentam dificuldades para o acolhimento dos adolescentes de uma maneira geral. Isso é evidenciado pelo seu distanciamento da USF, pelas ausências ou a pouca participação dos mesmos - e apenas como observadores passivos quando comparecem - durante as reuniões com adolescentes, e logicamente pelo pouco resultado das ações.

Sobre o acolhimento aos adolescentes frente aos conteúdos relativos à educação sexual, identificamos que a maior parte dos profissionais referiu não haver nenhum tipo de facilidades para acolhê-los.

*Não tenho facilidades. É difícil, é complicado.* (TE 1)

*Não tenho facilidades, pois pra gente chegar e abordá-los é difícil, pois muitos se fecham. Às vezes eu me sinto incapaz.* (ACS 10)

Outros afirmaram possuírem facilidade, mas se limitaram a responder que sim sem qualquer detalhamento. Foram identificados fatores positivos relacionados à idade dos profissionais. Por serem jovens, alguns se identificam com o adolescente e isso contribui na comunicação entre ambos, através da utilização de linguagem clara, simples e de acordo com o entendimento do adolescente.

*O fato de eu ser jovem ajuda. Procuro usar uma linguagem o mais simples possível, termos não complicados, de acordo com o entendimento deles, e procuro não ser preconceituoso, nem julgá-los. Procuro minimizar essa distância que existe entre médico e paciente.* (Médico 3)

*Eu gosto de trabalhar com adolescente, pois sou jovem. Sinto-me jovem, eu procuro ser bem claro e conciso nas minhas informações, pois às vezes a informação que a gente leva para os nossos pacientes é muito técnica, e usando um linguajar simples e apropriado quebramos barreiras, como por exemplo: “transar” é uma forma de quebrar o gelo, e também tratar o sexo de forma natural.* (TE 2)

Também é possível perceber nessas falas que a posição do profissional com relação ao exercício da sexualidade reflete nas condutas que adota e no seu posicionamento diante do adolescente. Para Silva e Rannã (2006, p. 24), “o profissional necessita ser cuidadoso, não emitindo qualquer juízo de valor ou reprovação diante das manifestações do jovem. Assim, o mesmo entenderá que seus valores e conhecimentos são respeitados”.



*Eu não tenho dificuldades, converso bem com eles. O fato de eu ser aberta para trabalhar esse assunto e a linguagem simples ajuda muito. (Médica 1)*

*Acho que tenho desenvoltura. Sou desinibido pra trabalhar esse tema. (ACS 5)*

*O fato de eu não enxergar suas atitudes de forma reprovativa, principalmente preconceitos e julgamentos. (Enfermeira 1)*

Percebemos que as facilidades relatadas pelos profissionais em relação à abordagem da educação sexual na adolescência referem-se em sua maioria às percepções que eles detêm sobre o exercício da sexualidade na adolescência. Esses resultados diferem dos identificados por Tomita e Ferrari (2007), os quais se ativeram a técnicas e recursos utilizados, tais como: habilidade em dar palestras, a disponibilidade de material de apoio na unidade de saúde e por fim, o interesse dos profissionais.

A confiança e o vínculo se destacam como o principal facilitador da abordagem ao adolescente entre os agentes comunitários. O tempo de atuação do ACS na comunidade e a maneira como ele se apresenta e desenvolve seu trabalho favorece significativamente essa relação. Segundo Silva e Rannã (2006, p. 24), “quando o profissional desenvolve uma postura acolhedora, permite que o adolescente expresse suas questões dentro de seu próprio tempo”.

*É uma soma de coisas, pois como eu já estou há bastante tempo na minha área conheço bem minha comunidade. Quando eu cheguei à área eles eram crianças e agora já são adolescentes. (ACS 8)*

*O fato de eles me conhecerem e terem confiança em mim. (ACS 4)*

*A facilidade que eu tenho é que eu sou muito comunicativa, então eu acho que isso facilita bastante e eu gosto de conhecer toda família quando eu faço visita. Todo adolescente da minha área sabe que eu sou agente dele. Eu vejo que tem agentes que nem sabem quem são os adolescentes que moram na casa, só se preocupam em conhecer o pai e a mãe. Eu tento conhecer o adolescente, por que se eu souber o nome dele, ele vai se sentir acolhido e vai sentir confiança. (ACS 12)*

Brasil *et. al* (2013) afirmam que os ACS se destacam na atenção à saúde do adolescente no campo da educação em saúde ao assumirem a necessidade de conhecer a sua vida no dia-dia, na intimidade familiar, na comunidade e com os outros de sua idade. Essa iniciativa aperta os laços e qualificam suas ações, o que é importante para um grupo muitas vezes deixado de lado na maior parte das ações de saúde.

#### 4.4.2 Desconhecimento das ações que integram a atenção integral à saúde do adolescente

As ações de atenção integral à saúde de adolescentes visam à promoção da saúde, a prevenção de agravos e a redução da morbimortalidade nessa população. Para atender a essas necessidades, o Ministério da Saúde (2005, p. 5) considera primordial que sejam garantidos a todos os adolescentes e jovens o acesso às seguintes ações:

(...) acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de doenças e agravos prevalentes. Por essa razão, tornam-se indispensáveis a organização e identificação da demanda dos grupos vulneráveis e em situação especial de agravo.

Nesse sentido, a ampliação do acesso a fim de melhorar a adesão do grupo aos serviços faz-se necessária, assegurando uma assistência de qualidade de acordo com as peculiaridades específicas desse período, tendo como foco principal a promoção da saúde. São várias as frentes de ação da ESF, tais como: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem e também a saúde do adolescente. No entanto percebemos que esta última frente não é bem trabalhada junto aos profissionais de saúde.

Na USF Ernandes Índio, dos 29 profissionais participantes desse estudo, 15 informaram não conhecer e nem ouvir falar das ações de atenção integral à saúde do adolescente, os demais apenas ouviram falar, mas não são capazes de descrever minimamente à que se refere. Nos próximos depoimentos identificamos falas de profissionais das diversas categorias que compõem as equipes de saúde da família e todos se mostram alheios e pouco informados a esse respeito:

*Sim, sei que existe, mas não sei em que consiste. (ACS 4)*

*Já ouvi falar, mas não sei exatamente do que trata. Mas sei que envolve sexual. (ACS 5)*

*Já ouvi falar, mas não sei onde começa nem onde termina. (TE 5)*

*Já ouvi falar, mas não sei do que se trata? (TE 1)*

Algumas falas mostram que esses profissionais não se sentem seguros para falar sobre o tema. Vejamos nos próximos depoimentos:

*Sim, já trabalhei em um local em que a gente trabalhava muito com adolescente. (Enfermeira 3)*

*Sei em que consiste em termos gerais. (Médica 2)*

*Sim, trata do acompanhamento da saúde do adolescente. (TE 3)*

Tal situação fragiliza qualquer iniciativa de implementação de estratégias de intervenção preventiva junto a essa população. A caderneta do adolescente surge na fala dos entrevistados como único instrumento de trabalho reconhecido para alcançar a integralidade do cuidado. Nesse processo o material representa apenas um recurso de apoio às equipes e profissionais de saúde, capaz de orientar as ações, mas faz-se necessário que eles estejam devidamente preparados e capacitados para implantar a caderneta, caso contrário, será apenas um material informativo.

*Sim já ouvi falar. Mas só conheço a cartilha do adolescente. (ACS 2)*

*Sim, já ouvi falar que tem o programa saúde do adolescente, aliás, tinha até uma cartilha aqui no posto que dizia assim: "Adolescência é uma boa e não precisa gravidez". Parece que o programa destaca muito esse lado preventivo, de o adolescente se precaver. Envolve também outras áreas, na cartilha tem crescimento e desenvolvimento do adolescente, tem alimentação adequada, vacinação do adolescente... (ACS 12)*

A USF Ernandes Índio periodicamente recebe algumas unidades dessas cadernetas para serem distribuídas e trabalhadas com os adolescentes. No entanto, a pouca habilidade dos profissionais em lidar com a saúde do adolescente impede que esse material seja utilizado, além de o quantitativo fornecido não ser suficiente para cobrir a população dessa faixa etária.

*Sim já ouvi falar, mas não é muito trabalhado conosco. Nunca recebemos um treinamento. Mandaram a carteirinha do adolescente pra gente divulgar, mas e aí? Não fomos orientados a trabalhar com esse material. (Enfermeira 2)*

Nesse sentido, fica explícito o pouco preparo dessas equipes de saúde nas questões relacionadas à atenção à saúde dos adolescentes de uma maneira geral. Tal situação reflete diretamente nas ações de educação sexual. Não é possível tratar de sexualidade, quando o adolescente em todo o seu contexto ainda não foi compreendido. A principal medida a ser adotada diante dessa situação é a implantação das ações de atenção integral à saúde do adolescente a partir da qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família e a

continuidade, através da educação permanente em serviço, a fim de torná-los aptos e motivados para esse trabalho.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF tem sua importância prevista nas ações de educação em saúde junto ao adolescente, a família e a comunidade. Porém, a eficiência dessas ações depende de um conjunto de questões políticas, sociais, gerenciais e técnicas para o alcance do seu maior objetivo que é a promoção da saúde.

Após a realização deste estudo, pudemos constatar que a ESF na unidade em estudo não oferece condições de ações efetivas para a educação sexual dos adolescentes de sua área de abrangência. Percebemos nos profissionais extrema sensibilidade quanto à importância de um trabalho educativo para o gozo da sexualidade saudável na adolescência, no entanto, não possuem os subsídios necessários para que isso aconteça.

A USF não possui estrutura física adequada, o acesso é prejudicado pelo grande número de áreas descobertas e sem assistência do ACS, os insumos são insuficientes para o desenvolvimento das atividades, os recursos humanos não possuem preparo técnico adequado, visto que, todos os entrevistados negaram a participação em treinamentos, oficinas, seminários ou capacitações sobre saúde do adolescente, fato que os distancia ainda mais da temática em questão. Apesar de tudo isso, desenvolvem ações voltadas a essa população que impactam sua relação com a comunidade adscrita e é expressão da efetividade do seu trabalho e do vínculo e confiança que detêm junto à comunidade.

O adolescente do gênero feminino se destaca como alvo da abordagem em todas as categorias profissionais e tal situação se fortalece em virtude da maior procura e receptividade por parte da população feminina. Os adolescentes do gênero masculino não são contemplados da mesma forma com as iniciativas das equipes, e permanecem em situação vulnerável. Um aspecto importante a considerar é a educação para a sexualidade pautada na confiança que se estabelece entre os adolescentes e os profissionais, como facilitadora do trabalho desenvolvido, principalmente detectada junto aos ACS. No entanto, em muitos momentos o trabalho é realizado de acordo com concepções pessoais, baseados em suas experiências de vida.

A investida no tema é realizada de maneira coletiva, em grupos de educação em saúde exclusivos para adolescentes de ambos os sexos que acontecem em espaços comunitários, durante as visitas domiciliares majoritariamente através dos ACS e nos atendimentos individuais realizados na USF. No entanto, o foco de preparo para a saúde sexual e reprodutiva está longe de ser alcançado. As atividades de grupo não acontecem com a

frequência necessária e as estratégias adotadas não atraem os adolescentes e pouco estimulam a sua participação. Tal situação gera insatisfação e desmotivação nas equipes para os trabalhos educativos com adolescentes, principalmente os grupais, por acreditarem que eles pouco se interessam pelas atividades.

Entre as equipes, a maior parte dos depoimentos sobre os temas abordados se referem às precauções acerca de gravidez indesejada com destaque para os métodos anticoncepcionais, prevenção de DST/Aids e incentivo ao uso do preservativo. Os profissionais precisam reconhecer que os adolescentes têm um comportamento sexual ativo e necessitam de orientações claras e objetivas, não no sentido moral e repressor, tampouco que enfatizem apenas o risco de doenças e gravidez, mas que possam reunir saberes que estimulem o autocuidado, permita o conhecimento do seu corpo e do corpo do outro e ampliem a sua percepção acerca dos mitos, preconceitos e tabus que permeiam esse período.

Fica evidenciado entre os profissionais que as dificuldades enfrentadas acerca da temática estão atreladas a uma série de elementos que necessitam ser superados para a maior efetividade das ações, tais como: pouco conhecimento dos profissionais, dificuldade para o acolhimento e captação do adolescente, e necessidade de educação em serviço. A confiança e o vínculo entre o adolescente e o profissional se sobressaem como facilidade, no entanto, parte dos profissionais refere não possuir facilidades para falar sobre sexualidade.

Verificamos que as ações de educação sexual estão acontecendo de forma limitada e as equipes envolvidas necessitam de maior suporte da gestão municipal para a realização de ações eficazes, assertivas, com informações atualizadas e capazes de reconhecer os adolescentes como sujeitos de direitos. O serviço precisa ser organizado e as equipes de saúde da família devem ser qualificadas para atendê-los, munidos não apenas de conhecimentos técnico-científicos, mas também de sensibilidade quanto aos seus direitos e respeito a sua autonomia.

Destacamos que os resultados encontrados não são generalizados a todas as equipes de saúde da família de Porto Velho, pois o estudo foi realizado em apenas uma USF desta Capital. No entanto, considerando que os profissionais entrevistados possuem um tempo de experiência na ESF superior a três anos, em sua maioria, e que já atuaram em outras unidades de saúde, a conclusão desta pesquisa fornece subsídios para a urgente implantação das ações de atenção integral à saúde do adolescente, que garantam a qualidade e ampliação das ações de saúde em geral e principalmente as ações de educação sexual para esta população.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. F. F.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 41, n.4, p.565-572, ago., 2007. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32268>. Acesso em: jun.2012.
- ALTMANN, H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educação em revista**, Belo Horizonte, n. 46, p. 287-310, dez., 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982007000200022>. Acesso em 19 jun. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luíz Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.
- \_\_\_\_\_. Decreto-Lei n. 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: [http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt\\_bra-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf). Acesso em: 20 dez. 2013.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007.
- \_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 12.852 de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.
- BRASIL, E. G. M.; AMORIM, D.U. ; QUEIROZ, M. V. O.. A atuação do agente comunitário de saúde no cuidado ao adolescente: proposta educativa. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.28-35, jul.set, 2013. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=378](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=378). Acesso em: jan. 2014.
- BORGES, A. L. V.; LATORRE, M. R. D. O.; SCHOR, N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n. 7.

p.1583-1594, jul. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000700009&script=sci_arttext). Acesso em 16 mar. 2013.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.6, n. 26,p.437-443, dez.,1992. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101992000600010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000600010). Acesso em: jun.2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Brasília: COFEN, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica e legislação dos conselhos de medicina**. 6ª ed. Rio de Janeiro: CFM, 2012. Disponível em: <http://www.cremetj.org.br/publicacoes/download/167;jsessionid=9KU59CYC6No+Z3drQwVE0RLM.undefined>. Acesso em 10 out.2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS, 1996.

COSTA, M. C. O. et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 77, supl.2, p. 217-224, 2001. Disponível em: [http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S217/port\\_print.htm](http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-S217/port_print.htm). Acesso em 19 dez. 2012.

CUNHA, L. M. V. R.; PANÚNCIO-PINTO, M. P. O programa de atenção à saúde do adolescente: a experiência interdisciplinar de atenção básica pela Universidade de Uberaba. IN: I SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNIUBE, 2005. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200023&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200023&script=sci_arttext). Acesso em 3 abr. 2012.

FIGUEIRÓ, M. N. D. (org). **Educação sexual : em busca de mudanças**. Londrina: UEL , 2009. 208p.

GHERPELLI, M. H. B. V. A educação preventiva em sexualidade na adolescência. **Série Idéias**, n. 29. São Paulo: FDE, 1996. p. 61-72.

GIMENES, V.C.; RIBEIRO, P.R.M. Notas de um estudo sobre o discurso de um grupo feminino de adolescentes acerca de suas vivências sexuais. In: RIBEIRO, P.R.M (Org.). **Sexualidade e Educação Sexual: um apontamento para reflexão**. São Paulo: Laboratório Editorial UNESP/Araraquara, 2002. p.39-67.

HERCOWITZ, A. Desenvolvimento psicológico. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. p.107-108.

HORA, S. A. E. et al. Centro de referência em atenção à saúde do adolescente no município de Jaboatão dos Guararapes (PE). **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.31-35, abr/jun., 2008. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=58](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=58). Acesso em: 18 mar. 2013.



IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ro&tema=censodemog2010\\_amostra](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ro&tema=censodemog2010_amostra).  
 Acesso em: 23 jan. 2013.

MINAYO, C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa saúde do adolescente - PROSAD: bases programáticas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Volume 1. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Saúde integral dos adolescentes e jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde: módulo avançado**. Brasília, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Marco legal: saúde um direito de adolescentes**. Brasília, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Caderneta de saúde do adolescente**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: 2009b.

\_\_\_\_\_. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde**. Brasília, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Orientações para o atendimento à saúde do adolescente**. Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Sistema de informação de atenção básica - SIAB, 2013**. Disponível em:  
<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A03&item=3>. Acesso em 19 mar. 2013.

MIRANDA, D. S.M. et al. Educação em saúde: trabalhando a educação sexual nas escolas. In: XIII ENCONTRO LATINO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA e IX ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 2009, São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos: UNIVAP, 2009. p.1-3. Disponível em: [http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2009/anais/arquivos/0727\\_0375\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0727_0375_01.pdf). Acesso em: 29 mar. 2012.

MOREIRA, B. L. R.; FOLMER, V. Educação sexual na escola: construção e aplicação de material de apoio. **Revista Experiências em Ensino de Ciências**, Cuiabá, v.6, n. 2, p. 151-160, ago., 2011. Disponível em:  
[http://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo\\_ID153/v6\\_n2\\_a2011.pdf](http://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID153/v6_n2_a2011.pdf). Acesso em: 3 mar. 2012.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Cadernos de pesquisa em administração**, São Paulo, v. 1, n.3, p. 1-5, 2º sem., 1996. Disponível em:

[http://www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/pesquisa\\_qualitativa\\_caracteristicas\\_usos\\_e\\_possibilidades.pdf](http://www.dcoms.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_caracteristicas_usos_e_possibilidades.pdf) . Acesso em: 13 jan. 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p. 44-57, set/dez., 2004.

OLIVEIRA, A.R.; LYRA, J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à atenção básica. In: LYRA et al. (Orgs.). **Juventude, Mobilização Social: interlucções políticas**. Recife: Instituto PAPAI/MAB/Canto Jovem 2010. p. 136. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Oliveira-Lyra\\_40.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Oliveira-Lyra_40.pdf) . Acesso em: 13 jun. 2014.

OLIVEIRA, T. C.; CARVALHO, L. P.; SILVA, M. A. O enfermeiro na atenção sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 306-311, mai/jun.,2008.

OLIVEIRA, G. K. S. et al. A avaliação das estratégias de promoção à saúde dos adolescentes utilizados por enfermeiros nas unidade de saúde do município de Caruaru – PE. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 7-16, out/dez., 2013. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=420](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=420). Acesso em: 12 jan. 2014.

PAIVA, M. R. S. A. Quendinho. Atenção integral à saúde do adolescente. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. p. 84-89.

PINTO, A. A. ; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva de promoção da saúde: considerações práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.12, n. 4, p.28-36, out/dez.,2010. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7270/8501>. Acesso em: jan.2014.

PIROTTA, K. C. M. et al. Educação sexual na escola e direitos sexuais e reprodutivos: avaliação da política da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo **Ecos - Comunicação e Sexualidade**, São Paulo, p. 1-10, jul., 2007. Disponível em: [http://www.ecos.org.br/download/artigo\\_aval\\_Ed\\_Sexual\\_01\\_julho\\_2007.pdf](http://www.ecos.org.br/download/artigo_aval_Ed_Sexual_01_julho_2007.pdf). Acesso em 29 mar. 2012.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação de atenção básica (SIAB)**, 2012.

REATO, L.F. N. A consulta médica. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. p.77-83.

RIBEIRO, P. R. M. **Educação sexual além da informação**. Temas básicos de educação e ensino. São Paulo: EPU, 1990.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 71-100, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a04v1226.pdf> . Acesso em: 12 jan. 2013.

SANT'ANNA, M. J.C. Ética no atendimento do adolescente. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. p. 91-94.

SANTOS, R. C. M.; PRADO, S. R. L. A. O enfermeiro no desenvolvimento da atenção primária à saúde do adolescente: técnicas e desafios. **Revista de Enfermagem UNISA**, São Paulo, v. 2, p. 68-72, 2001.

SILVA, L. R. G. **Sexualidade e orientação sexual na formação de professores: uma análise da política educacional**. Curitiba: Editora CRV, 2011.

SILVA, L. N.; RANNÃ, F. F. A captação e o acolhimento do adolescente. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo: SMS, 2006. p.21-26.

SILVEIRA FILHO, A. D. O SUS e a saúde da família. 2. Seminário de Gestão Participativa, 2004, Rio de Janeiro. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília, Ed. do Ministério da Saúde, 2005. p.14-17.

SOUZA, M. M. et al. Programa educativo sobre sexualidade DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.1, p. 102-105, jan/fev., 2007.

TAQUETTE, S. R. Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro: incidência e diferenças de raça/cor na vulnerabilidade às DST/Aids. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.18-26, jul/set., 2011. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=282](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=282). Acesso em 16 mar. 2013.

TAQUETTE, Stella. R. et al. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Rio de Janeiro, v.44, n.4, p.467-470, jul/ago., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n4/13.pdf>. Acesso em 16 mar. 2013.

TOMITA, T. Y.; FERRARI, R. A.P. Adolescência e sexualidade no cotidiano da equipe de enfermagem do serviço de atenção básica de saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 28, n. 1, p. 39-52, jan/jun., 2007.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
NÚCLEO DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Titulo de Pesquisa: A Equipe de Saúde da Família e a Educação Sexual na Adolescência: um estudo em uma unidade de saúde da família

As informações que se seguem estão sendo fornecidas para o seu consentimento e participação voluntária nesta pesquisa, cujo objetivo central é analisar os conteúdos, as condições e a qualidade da abordagem da educação sexual aos adolescentes, realizada pelos profissionais de saúde que atuam na Unidade de Saúde da Família Ernandes Índio.

O presente estudo dará origem a uma dissertação de mestrado e é orientado pela professora Dr<sup>a</sup> Lucia Rejane Gomes da Silva. A pesquisadora responsável é Livia Julienne da Silva Lima, aluna do Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia.

A metodologia para obtenção dos dados da pesquisa consiste em responder a um roteiro de entrevista que será aplicado aos profissionais e gravado em aparelho eletrônico portátil móvel de imagem e som (notebook).

A pesquisadora garante que não há riscos para os participantes da pesquisa. Você tem a garantia de a qualquer momento do estudo, ter acesso à pesquisadora para eventuais dúvidas na USF Ernandes Índio, situada na Avenida Mamoré, nº 280, bairro Escola de Polícia, ou pelo telefone (69) 92247468.

Não haverá despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo, também não haverá compensação financeira mediante a sua participação.

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa e manter sob sigilo e confidencialidade as informações individuais.

---

Acredito ter sido suficientemente informado sobre todos os procedimentos da pesquisa de forma clara e objetiva, de todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados ao meu respeito serão confidenciais.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Porto Velho, RO \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

---

Assinatura do participante da pesquisa/RG

---

Assinatura do pesquisador/ RG

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Identificação:
  - a) Profissão\_\_\_\_\_
  - b) Idade\_\_\_\_\_
  - c) Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família\_\_\_\_\_
  - d) Gênero\_\_\_\_\_
2. Você desenvolve ações voltadas para a educação sexual do adolescente na comunidade em que atua?
3. Quais são as ações de educação sexual dos adolescentes que você realiza?
4. Como você realiza a abordagem desse grupo em relação à educação sexual? Como inicia a conversa? Qual é o principal motivo?
5. Como essas atividades são desenvolvidas? Detalhe, por favor. Há programação?
6. Quais as dificuldades encontradas no acolhimento ao adolescente?
7. E as facilidades?
8. Você sabe que existe e em que consiste o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente ?

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. **Identificação:**

Equipe Responsável: \_\_\_\_\_

Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Tema abordado: \_\_\_\_\_

Duração da atividade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Quantidade de adolescentes presentes: \_\_\_\_\_ meninas \_\_\_\_\_ meninos

Profissionais presentes: ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a) ( ) Odontólogo(a)

( ) Aux-Técnico de enfermagem ( ) THD ( ) ACS

2. Como foi conduzida a atividade?
3. Foram utilizados recursos didáticos e tecnológicos? Quais?
4. Qual a participação dos adolescentes? Como?
5. Todos os profissionais presentes participaram da ação?
6. Qual a linguagem utilizada (coloquial-informal, formal-qualificada)?
7. Como é o local escolhido para a realização das atividades?
8. Foi realizada alguma dinâmica com o grupo? Qual?
9. Outras informações:

## **ANEXOS**



**ANEXO A**

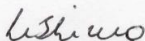
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONIA-UNIR  
NÚCLEO DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO E CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE**

Solicitamos a Vossa Senhoria, que seja autorizada a realização da pesquisa intitulada: “Educação Sexual na Atenção Básica: perspectivas e desafios”. Tal autorização me permite ter acesso ao serviço de saúde e aos profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família. Asseguro que em nenhum momento serão divulgados os nomes dos entrevistados, nem tampouco as informações relatadas, quando forem divulgados os resultados da pesquisa.

Agradeço à colaboração, coloco-me à disposição para esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,



Lívia Julienne da Silva Lima.

Aluna do mestrado Ensino e Ciências da Saúde

Responsável pela Pesquisa

Eu, Williames Pimentel de Oliveira, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, autorizo a realização da pesquisa solicitada pelo pesquisador, assinando este documento com a garantia de que os nomes dos profissionais e do gestor serão preservados.

Porto Velho, 30 de agosto de 2012.

Assinatura e Carimbo do Gestor

Williames Pimentel de Oliveira  
Secretário Municipal de Saúde

**ANEXO B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Educação sexual na atenção básica: perspectivas e desafios

**Pesquisador:** LÍVIA JULIENNE DA SILVA LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07674912.2.0000.5300

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Rondônia - UNIR

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 171.702

**Data da Relatoria:** 11/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

Trata o Projeto acerca de pesquisa a ser desenvolvida junto a profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família Ermandes Índio, na Zona Leste de Porto Velho, Rondônia.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar os conteúdos, as condições e a qualidade da abordagem da educação sexual realizada pelos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde voltadas para a educação sexual do adolescente pelas equipes de saúde da família; Identificar como é realizada a abordagem do tema no atendimento ao adolescente; Descrever as dificuldades e possíveis facilidades dos profissionais de saúde no acolhimento do adolescente relacionados à educação sexual.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme o projeto, no item riscos a pesquisadora afirma que "Os sujeitos que farão parte do estudo não sofrerão danos com o mesmo, pois suas identidades não serão reveladas. A pesquisadora garante que não há riscos de qualquer natureza para os participantes da pesquisa e os sujeitos têm a garantia de, a qualquer momento do estudo, ter acesso à pesquisadora para eventuais dúvidas na USF Ermandes Índio Coutinho." No que diz respeito aos benefícios, a autora do projeto aponta que "Os benefícios serão traduzidos em conhecimentos para o grupo avaliado quando receberem os resultados da pesquisa. O presente estudo dará

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
RONDÔNIA - UNIR



origem a uma dissertação de mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rondônia."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa interessante, na qual a pesquisadora tratará de colocar em perspectiva algumas de suas práticas profissionais cotidianas. Um dos efeitos indiretos esperados em uma pesquisa com este perfil, ainda que não apontado pela pesquisadora, é o de chamar a atenção de seus colegas para a importância de se tratar da questão proposta (no caso, a educação sexual de adolescentes na periferia de Porto Velho) a partir de práticas e conceitos que provêm de larga discussão nos meios acadêmicos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresenta documentação necessária e em conformidade com a legislação, incluindo a anuência por parte do órgão gestor para a realização da pesquisa na Unidade de saúde. O Termo de Consentimento encontra-se de acordo com a Legislação Vigente, em linguagem simples, acessível e com todas as informações necessárias.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

De parecer favorável a aprovação da pesquisa

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer do relator aprovado em reunião do colegiado realizada em 11/12/2012.

PORTO VELHO, 13 de Dezembro de 2012

Assinador por:  
**LUCINDA MARIA DUTRA DE SOUZA MOREIRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

**Bairro:** Centro

**CEP:** 78.000-000

**UF:** RO

**Município:** PORTO VELHO

**Telefone:** (691)182-2111

**E-mail:** reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br